

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

503

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MAYNADIER

Né le 5 Septembre 1909, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ÉTENDUE DE L'EXÉRÈSE
DANS LA
CHIRURGIE DU GOITRE
TECHNIQUE DE LA THYROÏDECTOMIE

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MAYNADIER

Né le 5 Septembre 1909, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ÉTENDUE DE L'EXÉRÈSE
DANS LA
CHIRURGIE DU GOITRE
TECHNIQUE DE LA THYROÏDECTOMIE

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SEZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur

En hommage de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique

En témoignage de ma reconnaissance.

A MON MAITRE LE DOCTEUR ANDRÉ BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*En témoignage de gratitude pour l'accueil qu'il m'a réservé dans son service ;
pour l'aide qu'il a bien voulu m'apporter
dans l'exécution de ce travail,*

*Et pour l'assurer de mon affectueux
respect.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR JACQUES-CHARLES BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré ce travail, en témoignage de mon respectueux attachement et
de ma profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR SENÈQUE

Professeur agrégé de la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

A MON MAITRE LE DOCTEUR HEITZ-BOYER

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A MON MAITRE LE DOCTEUR KUSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

A MON MAITRE LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

A MON AMI, LE DOCTEUR A. SICARD

Chirurgien des Hôpitaux

A MON AMI, LE DOCTEUR ZAGDOUN

Chef de Clinique à la Faculté

A TOUS MES AMIS DE L'INTERNAT

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

M. LE DOCTEUR KUSS, chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR M. P. WEILL, médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR ALAJOUANINE, médecin des Hôpitaux, professeur agrégé.

Internat :

M. LE DOCTEUR LEMEILAND, accoucheur des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR KUSS, chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR HEITZ-BOYER, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé

M. LE DOCTEUR CUNÉO, professeur de Clinique chirurgicale

M. LE DOCTEUR BERGERET, chirurgien des Hôpitaux

L'ÉTENDUE DE L'EXÉRÈSE
DANS LA
CHIRURGIE DU GOITRE
TECHNIQUE DE LA THYROÏDECTOMIE

Introduction

La communication de notre maître J.-Ch. Bloch à l'Académie de Chirurgie, où il précise sa conception de la chirurgie thyroïdienne, a servi de base à ce travail.

Les auteurs français : Bérard, Welti, Petit-Dutaillis, qui ont participé à la discussion, ne s'accordent pas et de beaucoup quant à l'étendue de l'exérèse en matière d'intervention sur le goitre.

Il nous a paru intéressant, en nous plaçant à un point de vue très général, de reprendre les arguments en faveur de la thyroïdectomie large, à l'exclusion des interventions classiques : énucléations et énucléations-résections, ces dernières donnant des résultats à distance peu satisfaisants.

La chirurgie thyroïdienne a fait, au cours de ces vingt dernières années, d'énormes progrès, dus, en grande partie, à l'anesthésie locale et à la sûreté de la technique opératoire. Les statistiques françaises

n'accusent actuellement qu'une mortalité de 1 à 2 % sur la totalité des interventions pratiquées pour goitre, hormis les cas de cancer thyroïdien ; alors que Poncet, il y a quelques années, publiait 13,33 % de mortalité sur une série d'énucleations-résections.

Une chose semble acquise et certaine, aujourd'hui, la sécurité que laisse l'acte opératoire lui-même. Mais cette sécurité s'étend-elle à l'avenir de l'opéré ?

Notre maître J.-Ch. Bloch, qui nous a inspiré ce travail, a fait revoir, par son élève Zagdoun, tous les opérés de goitre de la clinique chirurgicale de notre maître le Professeur Cunéo. Nous-même avons examiné tous ceux de notre maître Bergeret. Nous avons été surpris du nombre élevé des récidives post-opératoires.

Nous essayons, dans cette thèse, de démontrer le mérite des interventions larges où l'exérèse, graduée à la demande des lésions, permet d'obtenir, autant que possible, une guérison de meilleure qualité.

Dans ce but, nous aurons recours, d'abord à des arguments d'ordre théorique, puis à des arguments pratiques tirés de l'étude des récidives, enfin nous poserons les indications de l'exérèse suivant la forme du goitre ; nous donnerons les résultats éloignés des thyroïdectomies larges, et nous terminerons en décrivant la technique de la thyroïdectomie large.

Arguments théoriques en faveur de la thyroïdectomie large.

Tous les auteurs qui se sont intéressés à la classification des goitres ont démontré l'existence de toute une série de formes difficiles à classer, au point de vue histologique, et qui paraissent des formes de transition entre le goitre bénin et le cancer thyroïdien. Ce qui nous amène à envisager le problème très général de la malignité des goitres.

La fréquence de la dégénérescence maligne a été diversement interprétée :

Bérard et Dunet l'apprécient à 8,3 % ;

Kocher à 6 % ;

Et les Américains à 5 %.

Récemment, notre maître Cunéo a présenté à l'Académie de Chirurgie une classification des goitres, tirée de celle de Wegelin de Berne.

Il n'est pas dans notre intention de donner, ici, l'ensemble de cette classification ; nous rappellerons simplement les formes intermédiaires à malignité atténuée, c'est-à-dire :

- l'adénome métastatique,
- l'adénome proliférant de Langhans,
- le papillome de Langhans.

L'adénome métastatique a été l'objet de nombreuses publications depuis l'observation princeps de Conheim.

Il s'agit d'une néoplasie thyroïdienne qui reste parfaitement ignorée jusqu'au jour où l'examen histologique d'une métastase révèle son origine thyroïdienne. Pour Bérard et Dunet, l'étude histologique du goitre ne laisse aucun doute sur la malignité. Au contraire, pour d'autres, et nous citons Langhans, Thomsen, Wegelin, Conheim, rien ne permet, le plus souvent, d'affirmer le caractère malin, à l'examen des coupes.

L'adénome proliférant de Langhans (*Wu chernde struma*) se présente, en clinique, comme un goitre banal. Mais l'extension extra-thyroïdienne, dévoilée par l'examen histologique et l'évolution vers la récurrence après extirpation, en constituent les éléments de malignité.

Le papillome de Langhans se manifeste sous une forme solide ou kystique. Histologiquement, il s'exprime par des végétations très richement ramifiées, poussées dans les cavités remplies de liquide gélatineux. Cette forme se rencontrerait avec une rareté moindre que la précédente dans les pays sans endémie. Nous en avons plusieurs exemples dans nos observations (obs. 67 à 73).

En somme, il existe toute une série de formes, distinctes du cancer thyroïdien, du moins au début de leur évolution où elles se présentent comme des goitres bénins, et pour lesquelles une intervention

partielle a toute chance de déterminer une récurrence.

Dunhill, qui a particulièrement étudié l'adénome malin, précise que bien des goitres sont malins en puissance et que la transformation cancéreuse se fait bien avant toute manifestation clinique.

Herbert, dans son excellente thèse sur le cancer thyroïdien, rapporte 40 observations où le goitre, lésion précancéreuse, a été retrouvé 22 fois.

Parmi ces 40 observations, il s'en trouve 8 où l'examen histologique révélait une malignité atténuée alors que l'aspect clinique en paraissait bénin. Elles constituent les formes de transition.

Zagdoun et Feyel, dans leur important travail sur les récurrences des goitres, travail encore inédit qu'ils ont eu l'amabilité de nous communiquer, étudient les cas opérés à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu ; ils les divisent en trois groupes d'après les données histologiques :

Gr. 1 : Goitres bénins, 16 observations ;

Gr. 2 : Goitres douteux, 44 observations ;

Gr. 3 : Goitres malins, 18 observations.

Ainsi, sur 78 goitres opérés et revus, ces auteurs arrivent au chiffre énorme de 44 formes douteuses.

Il s'agit de goitres très différents du cancer thyroïdien classique, où :

— les atypies cellulaires,

— la tendance à la prolifération,

— les phénomènes de sclérose au niveau du stroma laissent un doute quant à leur bénignité.

Et nous verrons que ce sont justement ces formes qui récidivent après extirpation.

Les critères d'Allen Graham : invasion de la capsule et invasion des vaisseaux, n'apparaissent qu'à une phase tardive et d'ailleurs n'ont pas toujours été retrouvés dans des formes sûrement malignes.

Welti et Huguenin préconisent l'examen histologique extemporané. Cette méthode, très séduisante en théorie, se heurte en pratique à nombre de difficultés ; la principale en est l'interprétation délicate des coupes qui exige un histologiste très averti. D'autre part, l'étude d'un seul fragment est loin d'être suffisant vu le polymorphisme extrême de certains goîtres ; quant à l'examen de toute la pièce opératoire, cela nous paraît incompatible avec une intervention chirurgicale.

Le second argument théorique que nous allons développer en faveur des thyroïdectomies larges, consiste en l'étude des pièces opératoires.

Dans nos observations, les adénomes multiples sont très fréquents. Bien souvent, à côté d'un gros adénome, facilement énucléable, s'en trouvent de plus petits qui ont ou auraient évolué pour leur propre compte après une intervention incomplète.

Certaines fois, l'adénomatose est diffuse, tout le lobe apparaît farci, il s'agit du goitre en pudding de de Quervain, qui impose, sans aucun doute, une lobectomie totale au ras de la capsule, afin d'éviter parathyroïdes et récurrent.

Welti considère que même dans ces cas il vaut

mieux laisser une bande de tissu adénomateux, qui assurera la fonction et qui, en outre, constitue une sécurité de plus pour parathyroïdes et récurrent. D'ailleurs, pour lui, il serait aisé, dans une intervention ultérieure, de compléter l'exérèse en cas de récurrence.

A notre avis, rien n'est moins certain qu'un tissu pathologique puisse assurer une fonction normale. Puis, par ailleurs les opérations itératives en matière de chirurgie thyroïdienne sont loin d'être faciles.

Nous préférons, chez un individu ayant terminé sa croissance, procéder à un acte chirurgical large qui le mettra à l'abri des récurrences, quitte à lutter contre une déficience glandulaire légère par une opothérapie bien conduite.

Nous pensons résumer parfaitement nos arguments par deux phrases de Dunhill, prononcées à la Conférence internationale du goitre en 1933 :

« Ma thèse est que, dans la glande thyroïde, la transformation maligne commence bien plus tôt que lorsqu'on est amené à la suspecter... »

« Ma croyance est que la transformation maligne est une évolution continue souvent très lente, s'étendant parfois sur trente ou quarante ans, commençant avec l'histogénèse de l'adénome et que chirurgien et histologiste doivent faire porter leur attention sur son début plus que sur ses résultats. »

Arguments pratiques.

LES RÉCIDIVES POST-OPÉRATOIRES

L'étude des récidives post-opératoires représente pour nous le principal argument en faveur des interventions larges. La question a été très peu abordée en France, où la plupart des auteurs semblent les ignorer, ou bien en donnent des chiffres extrêmement réduits.

Nous plaçant uniquement à un point de vue objectif, nous avons revu tous les goîtres opérés par notre maître Bergeret de 1922 à 1935. D'un autre côté, notre ami Zagdoun revoyait les malades traités à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Ce sont ces deux statistiques que nous allons présenter.

De Quervain divise les récidives en deux types : les récidives vraies, survenant sur le lobe opéré, et les fausses récidives évoluant sur un lobe laissé intact lors d'une première intervention.

Par contre, notre maître Cunéo considère qu'en matière de goîtres bénins il ne peut s'agir que de fausses récidives ; seul, le goître malin peut donner une réci-

dive vraie ; elle traduit alors la continuation du processus évolutif.

Nous éliminons les hypertrophies compensatrices qui ne sont pas des récidives.

Enfin, nous tenons compte de la judicieuse remarque de Bazy et Blondin et nous n'envisagerons que la récurrence anatomique tumorale à l'exclusion de toute récurrence fonctionnelle.

PREMIÈRE SÉRIE :

Opérés du Dr Bergeret de 1922 à 1935.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître Bergeret qui a bien voulu nous aider dans nos recherches et revoir les opérés avec nous.

Il nous a paru sans intérêt de nous occuper des cas récents, c'est pourquoi nous avons arrêté notre statistique à 1935.

Elle comprend 86 interventions, parmi lesquelles :

62 pour goîtres simples ou basedowifiés ;

24 pour maladies de Basedow.

De patientes recherches ne nous ont permis que de retrouver 52 cas, soit 60 %.

Nous avons revu 49 opérés, les 3 autres sont morts entre temps d'affection intercurrente et sans récurrence.

Les cas revus se répartissent ainsi :

A) goîtres simples et basedowifiés.....	36
B) maladie de Basedow.....	13

Les interventions pratiquées dans le groupe A comprennent :

12 énucléations

23 résections } 17 lobectomies
 } 6 thyroïdectomies subtotaux

1 ligature d'artère thyroïdienne.

Six opérés de ce groupe ont été trouvés porteurs de récidives, soit : 2 sur le lobe opéré et 3 sur le lobe respecté.

OBS. 86. — Mme Gau..., 38 ans. Opérée à l'Hôtel-Dieu en 1925. Goitre nodulaire. Enucléation d'une série de noyaux dans le lobe gauche. Revue en octobre 1937.

Récidive de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche.

OBS. 88. — Mlle Maï..., 23 ans. Opérée le 18 mars 1925, à l'Hôtel-Dieu. Goitre kystique du lobe gauche. Enucléation. Revue en juin 1937.

Récidive de la grosseur d'une noix apparue il y a dix-huit mois et accompagnée de palpitations.

OBS. 93 — Mme Nag..., 29 ans. Opérée le 25 mai 1927, à l'Hôtel-Dieu. Goitre parenchymateux du lobe droit. Enucléation-résection. Revue en janvier 1928.

Récidive de la grosseur d'une amande verte au niveau du lobe gauche.

OBS. 84. — Mme Mil..., 57 ans. Opérée le 17 juillet 1924, à l'Hôtel-Dieu. Enucléation du lobe droit. Examen hist. : adénome thyroïdien typique.

Récidive en novembre 1927, réintervention : goitre diffus du lobe gauche, lobectomie subtotale.

OBS. 121. — Opéré le 26 mars 1935 à Necker, goitre kys-

tique du lobe gauche. Lobectomie subtotale. Ce malade avait déjà été opéré il y a quelques années par le Dr Alglave qui avait pratiqué une lobectomie subtotale droite.

OBS. 125. — M. Del..., 58 ans. Opéré le 2 novembre 1935 à Necker. Enucléation d'un noyau parenchymateux du lobe gauche. Lobectomie subtotale à droite. Revu en mars 1938.

Récidive dans le lobe gauche de la grosseur d'une noix verte.

Nous obtenons ainsi sur 36 cas opérés et revus un pourcentage de 16 % de récidives.

Si nous considérons ces récidives en fonction des interventions pratiquées, nous constatons qu'elles succèdent en majorité aux énucléations. En quatorze années, 12 énucléations de noyaux goitreux donnent lieu à 5 récidives, soit 40 %.

Par contre, 17 lobectomies ne sont suivies que d'une seule récidive et 7 thyroïdectomies subtotaux ont assuré une guérison complète.

L'observation 125 a la valeur d'une expérience ; il avait été fait une énucléation à gauche et une lobectomie subtotale à droite. La récidive apparaît trois ans après du côté de l'énucléation.

Ces résultats méritent d'être interprétés, et nous insistons de nouveau sur le fait que les énucléations favorisent au plus haut point les récidives.

Nous ne pouvons étudier dans ce groupe les récidives par rapport à la forme histologique, car beaucoup d'examen nous manquent ou sont incomplets.

Quant au groupe B, il concerne la maladie de Basedow. Celle-ci, en général, une fois traitée chirurgicalement, donne peu de récidives. Cependant, sur nos 17 cas revus, nous trouvons 2 récidives secondaires à des thyroïdectomies subtotaux, sans doute trop économiques.

OBS. 103. — Mme Tro..., 24 ans. Opérée en juillet 1930 à l'Hôtel-Dieu. Maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale.

Récidive en 1933. Noyau gros comme une petite noix au niveau de l'isthme du corps thyroïde, accompagné de signes toxiques. Réintervention suivie d'amélioration.

OBS. 107. — Mme Sém..., 29 ans. Opérée le 14 novembre 1931. Maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale.

Récidive. Noyau au niveau de l'isthme accompagné de troubles fonctionnels. Réintervention en Suisse en 1937.

En somme, sur 49 opérés revus, nous obtenons le chiffre important de 8 récidives, soit 16 %. Ce qui légitime des essais thérapeutiques plus larges.

DEUXIÈME SÉRIE :

Opérés de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Cette série représente les goîtres traités de 1930 à 1936, dans le service de notre maître le Professeur Cunéo. La plupart l'ont été par notre maître J. Ch. Bloch.

Ces opérés ont été revus par Zagdoun, qui a bien voulu nous autoriser à utiliser son travail.

Les examens histologiques, tous très complets, ont été faits par Feyel, Chef de laboratoire de la Clinique chirurgicale.

Les investigations ont porté sur 126 goîtres opérés, parmi lesquels 78 ont pu être retrouvés avec un dossier anatomo-pathologique satisfaisant, soit 66 % des cas.

Ils se répartissent de la façon suivante :

Goîtres parenchymateux, sans signe toxique.....	6
Goîtres nodulaires sans signe toxique.....	30
Goîtres nodulaires avec signes toxiques.....	41
Cancer	1

Cette série ne comprend pas de maladie de Basedow, dont l'étude histologique et les suites opératoires bien connues ne peuvent apporter aucun nouvel élément à la question.

Sur 126 malades nous avons perdu un opéré de crise d'hyperthyroïdie post-opératoire.

Parmi les 78 opérés, 3 sont décédés à intervalle plus ou moins éloigné, il s'agissait de cancers thyroïdiens atypiques (obs. 76, 77, 78) où l'examen histologique laissait prévoir l'évolution rapide et fatale.

Zagdoun et Feyel ont réparti les 78 observations en trois grands groupes, d'après leur formule histologique :

Gr. 1 : bénins, 16 (obs. 1 à 16) ;

Gr. 2 : douteux, 44 (obs. 16 à 60) ;

Gr. 3 : malins, 18 (obs. 60 à 78).

Nous nous sommes déjà expliqué sur la fréquence des formes intermédiaires, bénignes, tout au moins au début de leur évolution, où l'examen histologique est impuissant à affirmer la bénignité du fait de l'atypie cellulaire et de la tendance prolifératrice.

De l'étude des observations, il résulte que sur 78 goitres opérés revus, 21 ont présenté une ou plusieurs récidives.

Nous allons maintenant envisager ces récidives en fonction de la forme clinique du goitre, du groupe anatomo-pathologique et de l'opération pratiquée.

I. — Les récidives en fonction de la forme clinique se détaillent comme suit :

Goitres parenchymateux sans signe toxique.....	0
Goitres nodulaires sans signe toxique.....	10
Goitres toxiques (adénomes solitaires).....	5
Goitres toxiques (adénomes multiples).....	5
Cancer cliniquement diagnostiqué.....	1

Il apparaît donc que le goitre parenchymateux récidive peu, alors que le maximum des récidives appartient aux formes nodulaires sans signe toxique.

II. — Récidives en fonction de la forme histologique :

Le tableau suivant montre avec évidence que les récidives succèdent toujours aux formes, non seulement malignes, mais encore douteuses, c'est-à-dire aux formes du groupe 2.

	Malades	récidives	pourcentage
Groupe 1 (goitres bénins)....	16	0	»
Groupe 2 (douteux).....	44	11	25
Groupe 3 (malins).....	18	10	55

Les 11 récidives attribuées au groupe 2 ou groupe des formes douteuses sont celles des observations 26, 27, 28, 29, 46, 47, 48, 49, 58, 59, 60.

Les 10 récidives du groupe 3 ou des formes malignes sont celles des observations 64, 65, 66, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78.

Dans le travail de Zagdoun et Feyel, les caractères histologiques des goitres récidivés des groupes 2 et 3 se rattachent à deux processus très généraux :

- 1° la prolifération par formation de végétations actives du type papillaire ;
- 2° les atypies au niveau des cellules thyroïdiennes.

La prolifération papillaire qui concerne 30 cas sur 62 des groupes 2 et 3 a fourni 6 récidives dans le groupe 2 (obs. 26, 27, 28, 29, 58, 66) et 3 récidives dans le groupe 3 (obs. 71, 72, 73).

Les autres modes de prolifération atypique (acineux, trabéculaire) se rencontrent dans les épithéliomas du groupe 3 (7 cas sur 10 récidives) et représentent 5 cas sur les 11 récidives du groupe 2.

En somme, ce type de prolifération papillaire constitue une forme d'activité très suspecte, ce qui corrobore l'opinion des auteurs américains, lesquels considèrent les adénomes proliférants papillaires comme des adénomes malins.

Les atypies cellulaires et en particulier les monstruosités nucléaires constituent le caractère dominant des 12 goitres opérés suivis de récidives et qui ne se rapportent pas à la forme papillaire. On note, en plus et avec fréquence, la persistance d'un nodule d'adénome foetal au départ duquel se fait le processus de prolifération.

Tel paraît être l'essentiel des caractères histologiques présentés par les goitres récidivés des groupes 2 et 3.

III. — *Récidives en fonction de l'intervention :*

Nous aborderons d'abord l'énucléation puis la lobectomie subtotale et la thyroïdectomie subtotale.

1° ENUCLÉATIONS : Elle fut pratiquée 36 fois et a donné lieu à 10 récidives, soit 27,7 %.

Par rapport au groupe 2, nous trouvons 7 récidives sur 22 énucléations, c'est-à-dire 31,5 %.

Par rapport au groupe 3, nous obtenons 3 récidives sur 5 énucléations, c'est-à-dire 60 %.

2° LOBECTOMIES SUBTOTALES : Elle fut pratiquée 19 fois et a déterminé 4 récidives sur le lobe non opéré.

3° THYROÏDECTOMIE SUBTOTALE : Exécutée 22 fois dont 6 fois en un temps et 6 fois en deux temps, elle fut suivie de 6 récidives, soit 28,5 %.

Par rapport aux groupes histologiques, nous recueillons :

— pour le groupe 2, 2 récidives sur 13 cas, soit 15,4 %,

— et pour le groupe 3, 4 récidives sur 6, soit 66 %.

Ces chiffres paraissent très élevés mais notons que 4 récidives sur 6 après thyroïdectomie subtotale font partie du groupe 3 à malignité certaine.

HISTOLOGIE DES RÉCIDIVES.

11 des goitres récidivés ont été réopérés et nous en possédons 6, où il est possible de comparer les examens histologiques des deux interventions (obs. 27, 29, 59, 64, 65, 75).

La formule histologique des 3 récidives réopérés du groupe 2 s'avère, soit identique au goitre primitif (obs. 27 et 59), soit d'un caractère plus malin en se rapprochant du type histologique du groupe 3.

La formule histologique des trois récidives du groupe 3 se révèle, soit identique à celle du goitre primitif (obs. 64), soit plus polymorphe et encore plus maligne (obs. 65 et 75).

Au total, la récidive présente le plus souvent un degré de malignité au moins égal à celui du goitre primitif.

Tels sont les éléments fournis par deux séries d'opérés revus. Nous possédons 127 observations, qui ont donné 29 récidives, soit 21,8 %.

Les auteurs français qui ont publié leurs statistiques lors de la dernière discussion sur le traitement

des goitres à l'Académie de Chirurgie arrivent à un chiffre bien moindre.

Bérard donne.....	5 %
Petit-Dutaillis.....	1 %
Jeanneney.....	6,3 %
Bazy et Blondin environ.....	5 %

Par contre, les auteurs étrangers atteignent des chiffres égaux sinon supérieurs aux nôtres. Et nous lisons avec surprise certains pourcentages énormes :

Enderlen et Hitzer relèvent.....	44 %
Von Fritsche.....	45 %
Germanier.....	39 %
Brunner.....	31 %
Clos.....	30 %
De Quervain.....	28 %
Palla.....	26 %
Kronlein	16 %
Hotz	10 %

Nous n'osons qu'avec timidité donner le taux de Monnier (68 %), Stonnier (68 %), Bergeat (63 %).

Beaucoup de ces auteurs ont étudié les récidives d'après les interventions. Ils arrivent aux mêmes conclusions que les nôtres ; les énucléations favorisent les récidives comme le montrent les statistiques suivantes :

Bergeat.....	39 énucléations..	22 récidives
Germanier.....	17 énucléations..	43 récidives
Enderlen et Hitzer..	31 énucléations..	17 récidives

Les énucléations-résections du type Kocher n'évitent aucunement les récidives :

Bergeat.....	30 cas.....	16 récidives
Enderlen et Histzer...	263 cas.....	163 récidives
Sulzer.....	23 cas.....	12 récidives
Cloos.....	52 cas.....	6 récidives

En résumé, les récidives sont certainement liées à la forme histologique du goitre et à la nature de l'intervention pratiquée ?

Giodanengo et Pohl recueillant les récidives dans une région à forte endémicité, à la clinique de de Quervain, présentent des conclusions qui nous paraissent tout à fait intéressantes.

Deux périodes bien distinctes ont lieu d'être envisagées au cours de l'évolution du goitre.

Dans la première, apanage des sujets jeunes, l'accroissement du goitre répond aux besoins de l'organisme en hormone thyroïdienne. On conçoit qu'ici on doive se contenter d'une simple résection partielle.

Dans la deuxième période, qui concerne l'individu adulte, la croissance du goitre n'est plus qu'un phénomène tissulaire local. Seul le recours aux interventions larges, qui supprime tout le tissu malade, assure l'avenir de l'opéré.

Ces derniers auteurs relatent aussi que la récurrence appartient le plus souvent au type histologique de l'âge auquel elle apparaît. Ce fait a servi d'argument à notre maître Cunéo pour prouver l'impossibilité de récidives vraies.

En outre, ils parlent, pour les récidives, d'un délai d'apparition d'autant plus court que le malade a subi une première opération à un âge moins avancé. Opinion que l'étude de nos observations ne soutient d'aucune façon.

De l'étendue de l'exérèse dans les interventions sur le goitre.

Nous pensons avoir clairement démontré, par l'étude des opérés, le nombre imposant des récidives post-opératoires, qui limite, dans une certaine mesure, les beaux résultats de la chirurgie du goitre.

Comme corollaire logique, nous en sommes venus aux résections larges, afin de parer aux mauvais résultats des interventions partielles, énucléations et énucléations-résections.

Il arrive, certaines fois, que la résection subtotale classique elle-même est impuissante à empêcher l'apparition des récidives.

Lorsque notre maître J.-Ch. Bloch a lu sa communication à l'Académie de Chirurgie, bien des auteurs lui ont reproché de préconiser une thyroïdectomie totale systématique, facteur de myxœdème et de crétinisme.

Or, il nous semble tout à fait paradoxal de placer la discussion sur ce terrain. Sur 128 interventions notre maître n'a pratiqué que huit thyroïdectomies totales, ce qui fait en somme un faible pourcentage.

Nous conseillons la thyroïdectomie totale seulement

acte chirurgical, sans violence, sans tiraillement, permet, bien souvent, une exérèse en un temps mais il intervient également un facteur personnel dont nul n'est maître et qui interdit tout principe.

Quant à l'étendue de l'exérèse, personne ne discute plus sur la nécessité d'une thyroïdectomie large. Notre maître J.-Ch. Bloch laisse 3 ou 4 grammes de tissu, ce qui correspond au quart de la glande normale, à peu près. Par ailleurs, les opérations itératives ont révélé à Welti que le processus d'hyperplasie continue à évoluer au niveau du moignon. Fait qui justifie encore une résection très large.

Nous rappelons que Südeck a été plus loin et qu'il a publié 8 thyroïdectomies totales pour maladie de Basedow, sans le moindre ennui post-opératoire.

b) *Les goîtres toxiques* : Comme le conseille Bérard, et selon notre avis, on ne doit jamais se borner à l'énucléation simple ou massive des goîtres nodulaires accompagnés d'hyperthyroïdie.

Après examen des deux lobes, au cours de l'intervention, c'est, le plus souvent, la thyroïdectomie subtotale qui sera indiquée dans ces formes très voisines de la maladie de Basedow, et où l'hyperthyroïdie joue un rôle important.

Ici, l'étendue de l'exérèse se modèle sur l'étendue de la lésion et dans nombre de cas elle sera large, puisque ces formes, comme l'affirment Grinda et Rivoire, sont susceptibles de récidives. L'observation de telles récidives, 4 après thyroïdectomie subtotale, a

décidé ces derniers auteurs à préconiser la thyroïdectomie maxima. C'est-à-dire une thyroïdectomie totale qui consiste en une lobectomie totale d'un côté et subtotalaire de l'autre.

Là encore, nous ne pensons pas qu'il faille être trop absolu, bien que partisan de thyroïdectomies larges, nous graduons notre résection à la demande des lésions ; si d'un côté le lobe paraît complètement atteint par le processus adénomateux, nous n'hésitons pas à faire une lobectomie totale et une subtotalaire sur l'autre lobe. Mais dans tous les autres cas nous croyons une thyroïdectomie subtotalaire très suffisante si le soin est pris d'évider les moignons. La petite quantité de tissu thyroïdien laissé en place suffit pour assurer la fonction, dans ces formes avec dysthyroïdie et hyperthyroïdie et de plus assure une protection certaine aux parathyroïdes et aux récurrents.

II. — GOITRES SANS SIGNE D'HYPERTHYROÏDIE.

Au sujet de ces goitres, le problème devient plus délicat.

En effet, la plupart des auteurs ont fortement critiqué notre maître J.-Ch. Bloch de penser, pour ses formes, à des résections larges, voire à des thyroïdectomies totales. Tous ont fait apparaître le redoutable danger du myxœdème post-opératoire et rappelé la cruelle expérience de Kocher et des frères Reverdin. A notre avis, les choses ne sont pas comparables : à l'époque de Kocher et des Reverdin, on ignorait

l'existence des parathyroïdes et partant leur fonctionnement. Les opérés mouraient non pas dans un tableau d'hypothyroïdie aigu, mais d'accidents de tétanie et de troubles thyroéoprives mêlés, où les premiers, à peu près seuls, doivent porter la responsabilité des désastres.

D'autre part, voici comme nous expliquons le crétinisme apparu, plus ou moins tardivement, après certaines thyroïdectomies larges. Kocher et les Reverdin vivaient dans des pays à forte endémicité, ils avaient à traiter des individus jeunes, n'ayant pas terminé leur croissance. Si bien que ces chirurgiens se plaçaient dans les seules conditions susceptibles de produire le crétinisme, comme nous avons déjà eu l'occasion de le signaler dans le chapitre précédent.

Enfin, nous réfutons l'argument soulevé par Petit-Dutaillis qui a écrit : « ... Si le problème de l'hypothyroïdie post-opératoire se pose à l'occasion de thyroïdectomie pour hyperthyroïdisme alors qu'il s'agit d'une glande en hyperfonction, comment imaginer qu'il ne se poserait plus pour une glande en fonctionnement normal ce qui est le cas pour la plupart des goîtres banaux. »

A ceci nous répondons : que la thyroïdectomie totale n'est conseillée, et rarement d'ailleurs, que pour une glande complètement pathologique et dans ces cas l'on peut se demander quelle valeur fonctionnelle a gardé ce parenchyme ?

Dans les cas justiciables d'une résection moins

large, la quantité restante de la glande suffit à assurer la fonction.

Mais le meilleur de nos arguments nous reste : il s'agit de l'étude des faits, comme nous le verrons dans le prochain chapitre. Des thyroïdectomies larges, totales, suivies pendant deux ans n'ont jamais réalisé le véritable tableau du myxoedème classique. Nous retrouvons bien parfois quelques troubles d'hypothyroïdie passagers, ils cèdent d'ailleurs le plus facilement à une petite opothérapie bien conduite.

Ensuite, rien ne permet, tant par la clinique que par l'examen de la pièce opératoire, de certifier la bénignité d'un goitre, quel qu'il soit (l'examen histologique extemporané n'a aucune possibilité pratique, comme nous l'avons vu). Il vaut donc mieux guérir définitivement un malade, serait-ce au prix d'un traitement opothérapique prolongé, que de le laisser sous la menace d'une récurrence ou d'une transformation franchement maligne.

Ces considérations établies, nous allons envisager successivement l'étendue de l'exérèse dans les deux types de goitres non accompagnés de signe toxique.

a) *Goitres parenchymateux diffus* : Il semble qu'à ces formes de goitre une thyroïdectomie subtotalaire suffise. Elles récidivent peu et dans les résultats éloignés nous avons constaté deux hypothyroïdies frustes, manifestées surtout par une frilosité. Nous pensons donc pouvoir être très économique.

b) *Goitres nodulaires diffus* : L'étude de notre sta-

tistique montre la toute particulière fréquence des récidives dans cette série de goitres. Et c'est aussi parmi eux que la lecture des coupes décèle le plus de formes suspectes quant à la malignité.

Il faut bien se souvenir de ces faits lorsqu'il s'agit de déterminer l'étendue de la résection au cours de l'intervention. D'autant plus que l'on doit se contenter de l'aspect macroscopique du goitre comme indication. Cette résection sera donc variable suivant l'aspect des lésions, et préservera, le plus souvent, une certaine quantité de parenchyme sain. Ainsi, la thyroïdectomie subtotale large reste le procédé de choix.

La thyroïdectomie totale, opération plus délicate, ne sera décidée au cours de l'intervention que :

- lorsque le tissu pathologique envahit en totalité les deux lobes (goitre en pudding de de Quervain) ;
- lorsque l'aspect macroscopique laisse l'impression d'une tendance prolifératrice active.

Dans ces cas, la thyroïdectomie totale devient une opération de nécessité. Très prudemment réalisée elle ne fait courir aucun risque au malade. De toute façon, ces indications demeurent rares, comme le prouve notre statistique où elle n'a été pratiquée que 8 fois sur 128.

Les suites éloignées des thyroïdectomies larges.

Contre l'exérèse large, en matière de chirurgie du goitre, deux principaux arguments sont donnés :

- la certitude d'un myxœdème post-opératoire ;
- la difficulté d'une technique, qui laisse persister le gros risque d'une lésion des parathyroïdes et des récurrents.

Nous avons revu tous les malades qui, au cours des dernières années, ont subi une intervention large, ne nous intéressant, ici, qu'aux résultats fonctionnels.

Nous envisagerons successivement la maladie de Basedow, les adénomes toxiques, les goitres simples.

A. — MALADIES DE BASEDOW.

Les 30 interventions se répartissent de la façon suivante :

Lobectomies subtotaux larges.....	2
Thyroïdectomies	28

Nous déplorons deux décès chez des malades qui souffraient de troubles cardiaques.

OBS. 1. — M. Laf..., 27 ans. Cardiaque en arythmie complète. Goitre très hémorragique. Mort dans la nuit de l'intervention.

OBS. 2. — Mme Ber..., 67 ans. Hyperthyroïdose. Morte en vingt-quatre heures.

Les thyroïdectomies se décomposent ainsi :

Subtotales..	23	subtotales maxima.	4	totale...	1
Revus.....	15	revus.....	4	revu....	1

Les thyroïdectomies subtotaux larges, avec moignons évidés, ont donné d'excellents résultats post-opératoires : la plupart des opérés ont augmenté de poids, 7 kgr. en moyenne.

Parmi ces 15 observations, notre examen a mis quatre fois en évidence des signes d'hypothyroïdie, exprimés essentiellement par de la frilosité, des troubles des phanères (ongles cassants). Il n'a révélé aucun trouble du côté des récurrents et des parathyroïdes.

Les thyroïdectomies subtotaux maxima, c'est-à-dire lobectomie totale d'un côté et subtotale de l'autre, sont au nombre de quatre. Le métabolisme de base qui atteignait + 27, + 27, + 21, + 38 avant le traitement chirurgical, était ensuite respectivement de + 1, + 5, + 37, + 25.

Les troubles hypothyroïdiens décelés sont frustes : deux malades sur quatre ont présenté de la frilosité, avec chute temporaire des cheveux.

Par deux fois l'examen a révélé une légère insuf-

fisance parathyroïdienne, traduite par un léger signe de Chwosteck et des fourmillements dans les mains ; mais aucun trouble récurrentiel.

L'augmentation de poids, pour ces quatre observations, a été respectivement de 5 kgr., 12 kgr., 15 kgr., 13 kgr.

Quant à l'unique thyroïdectomie totale, elle a produit une augmentation de poids de 12 kgr. Il persiste des signes d'hyperthyroïdie un peu plus marqués que dans les cas précédents (bouffissure du visage, frilosité), mais très bien compensés par une opothérapie légère. Il existe en outre quelques crampes. Aucun trouble récurrentiel.

En somme, nous avons lieu d'être satisfait des résultats fonctionnels de ces 20 observations. Sept des opérés souffrent bien de quelques troubles d'hypothyroïdie, d'ailleurs tous curables par une opothérapie légère, et sans qu'on puisse pour cela parler de myxœdème.

A. — ADÉNOMES TOXIQUES.

Huit adénomes toxiques ont été traités :

2 par lobectomies subtotaies.

6 par thyroïdectomies.

Une thyroïdectomie a été suivie de décès :

OBS. — M. M..., 53 ans. Cardiaque hypertendu (T. A. 30). Volumineux hématome nécessitant un tamponnement. Troubles parathyroïdiens. Mort le onzième jour. Diagnostic histologique : épithélioma trabéculaire très infiltrant.

Nous avons donc revu 5 opérés de thyroïdectomie :

Subtotale..... 1 subtotale maxima..... 4

La thyroïdectomie subtotale a déterminé une augmentation de poids de 9 kgr. L'état général est parfait, mais il existe un peu de frilosité.

Quant aux interventions maxima, le résultat fonctionnel peut être considéré comme parfait pour trois opérés. Le quatrième présente une légère frilosité avec, en même temps, quelques crampes au niveau du membre supérieur, sans signe de Chwostek.

C. — GOITRES SIMPLES.

Les 32 interventions pour goîtres simples se répartissent ainsi :

Lobectomies....	15	{	subtotales....	11
			totales	4
Thyroïdectomies.	16	{	subtotales....	10
			maxima.....	4
			totales	2

Dix-neuf opérés ont été suivis, soit :

Lobectomies subtotaies.....	7
Lobectomies totales.....	4
Thyroïdectomies subtotaies.....	5
Thyroïdectomie maxima.....	2
Thyroïdectomies totales.....	2

Les sept lobectomies subtotaies ont donné un résultat fonctionnel parfait, sans aucun trouble.

Les quatre lobectomies totales ont permis d'obtenir deux résultats parfaits, un résultat très bon, mais le quatrième opéré présente une récurrence sur le lobe restant. Au point de vue parathyroïdien, un opéré présente un signe de Chwostek unilatéral, aucun ne souffre de trouble récurrentiel.

Les cinq thyroïdectomies subtotalessont cinq succès.

Parmi les quatre thyroïdectomies maxima, nous en avons trois, suivies d'un état fonctionnel parfait ; le quatrième opéré, malgré l'exérèse maxima, présente une récurrence. Chez aucun on ne note un trouble parathyroïdien ou récurrentiel.

Quant aux deux thyroïdectomies totales, leur résultat est très bon dans un cas, parfait dans l'autre. Le premier cas présente une insuffisance glandulaire légère, compensée par 2 cgr. d'extrait thyroïdien, huit jours par mois.

Avec l'appui des résultats précédents, nous nous sentons fort pour répondre aux objections faites aux résections larges.

Les quatorze thyroïdectomies maxima ou totales ont eu toutes d'excellents résultats fonctionnels.

Pas un de nos opérés ne réalise le tableau d'une paralysie récurrentielle, ce qui prouve qu'une bonne technique permet à coup sûr d'éviter le récurrent et qu'en tout cas la peur de sa lésion possible n'est pas un obstacle aux exérèses larges.

Et pas un de nos opérés n'a souffert de tétanie, les troubles parathyroïdiens rencontrés par trois fois ont

été très légers, c'est-à-dire, qu'ils se traduisent par un signe de Chwosteck unilatéral et par quelques crampes.

Enfin, contrairement à l'opinion des auteurs classiques, contrairement à l'opinion soutenue par Bérard et Rouhier, le myxoedème, tant redouté, n'a fait aucune apparition dans nos suites opératoires ; nous accusons tout au plus quelques signes légers d'hyperthyroïdie, bien supportés, transitoires, cédant à l'opothérapie ; en somme, troubles insignifiants par rapport à la transformation de l'état général qui découle de l'intervention chirurgicale. Et pour terminer, nous précisons que nos résultats datent de deux ans environ, et les quelques troubles post-opératoires retrouvés sont actuellement stabilisés ou en voie de régression.

Technique de la thyroïdectomie.

La technique de la thyroïdectomie, que nous décrivons, dérive des techniques d'Halstead et de Joll auxquelles quelques modifications ont été apportées.

En principe, nous pratiquons le plus souvent la thyroïdectomie en un temps, en commençant par le côté le plus volumineux, ce qui facilite singulièrement l'ablation de l'autre lobe.

L'exérèse du tissu thyroïdien n'est commencée qu'après la libération et l'extériorisation complètes du lobe qui ne tient plus aux plans profonds que par le segment trachéal du bord postérieur, c'est-à-dire par la zone d'épanouissement de la thyroïdienne inférieure.

Quant à la résection, elle est faite à la demande des lésions macroscopiques : thyroïdectomie partielle ou lobectomie totale dans les formes nodulaires diffuses et dans les formes suspectes de malignité.

Après une préparation prolongée, le jour de l'intervention le malade reçoit deux injections de 1 cgr. de morphine : l'une une heure et demie, l'autre trois quarts d'heure avant l'acte opératoire. Il est tenu dans le calme le plus complet.

Nous prenons un certain nombre de précautions nécessaires à la bonne exposition du champ opératoire.

L'opéré, couché sur la table d'opération, on glisse un coussin sous les épaules de façon que la tête soit en hyperextension, tout en restant en rectitude.

Nous utilisons l'arceau métallique qui isole complètement la tête du champ opératoire et permet à un aide placé au chevet du malade de surveiller ses réactions.

Nous employons l'instrumentation usuelle avec en plus l'écarteur automatique de Joll et le décolateur courbe. Le premier donne un jour considérable sur la région cervicale, le second facilite les ligatures vasculaires.

I. — ANESTHÉSIE.

L'anesthésie locale n'est plus à défendre en matière de chirurgie thyroïdienne. Elle en a changé le pronostic. Elle impose la douceur à l'acte chirurgical. Diminuant ainsi le choc opératoire elle permet des interventions longues et minutieuses.

Nous pratiquons uniquement l'anesthésie par infiltration de toute la face antérieure du cou, du cartilage thyroïde à la fourchette sternale. L'anesthésique employé est la solution de Kirchner : composition très diluée qui donne une analgésie très suffisante. Quant à l'anesthésie tronculaire elle nous paraît superflue.

II. — INCISION, LIBÉRATION DU LAMBEAU (Pl. I).

L'incision en cravate, parallèle à la direction des clavicules, est faite à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Basse, facile à dissimuler, cette incision donne de très bons résultats esthétiques ; elle a l'avantage de respecter les fibres élastiques musculaires et de donner une cicatrice linéaire qui se confondra avec un pli de flexion du cou.

Le décollement du lambeau, facilité par l'œdème anesthésique, doit être poussé très haut, jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. L'hémostase qui demande un grand nombre de ligatures est faite au fur et à mesure, et lorsque l'on place l'écarteur aucune pince ne doit encombrer le champ opératoire.

La pince inférieure de l'écarteur saisit la lèvre inférieure de l'incision, la supérieure prend la face interne du lambeau retourné à la hauteur du cartilage thyroïde (Pl. I).

III. — TRAVERSÉE DES PLANS MUSCULAIRES.

Après avoir infiltré l'espace sous-aponévrotique, on incise l'aponévrose verticalement sur la ligne médiane. On évite les veines jugulaires antérieures, on ne sectionne que leur anastomose transversale sus-sternale.

Puis, par l'incision aponévrotique, on glisse les ciseaux courbes dans l'espace décollable pour séparer les plans musculo-aponévrotiques de la capsule thyroïdienne.

Nous respectons le plus souvent les muscles sous-hyoïdiens.

On parvient donc dans l'espace sous-aponévrotique ou sterno-hyoïdien de de Quervain ; le muscle sterno-thyroïdien très grêle reste étalé à la surface de la capsule thyroïdienne.

IV. — DÉCOLLEMENT DU PREMIER LOBE (Pl. II).

Pour pratiquer ce décollement, l'opérateur se sert de l'écarteur de Farabeuf, qu'il tire à lui et il utilise un tampon monté, imbibé de novocaïne, manié doucement afin d'éviter la déchirure d'une veine thyroïdienne moyenne difficile à lier. Le décollement est poursuivi entre le lobe et les gros vaisseaux du cou. La veine thyroïdienne moyenne est isolée et coupée entre deux ligatures.

Le muscle sterno-thyroïdien, étalé sur le goitre, sera alors sectionné prudemment, à main levée et à petits coups de bistouri, non loin du pôle supérieur.

On peut dès lors, le plus souvent, procéder à l'extériorisation au doigt du lobe goitreux. Cette extériorisation permet de parachever la libération de la face postéro-externe du lobe. Celle-ci doit être minutieuse et complète ; elle sera faite avec douceur au tampon monté et sera poursuivie très en arrière. Elle permet en règle, de voir les parathyroïdes que l'on se gardera bien de traumatiser, c'est en avant de celles-ci que passera la future section du lobe.

PLANCHE I

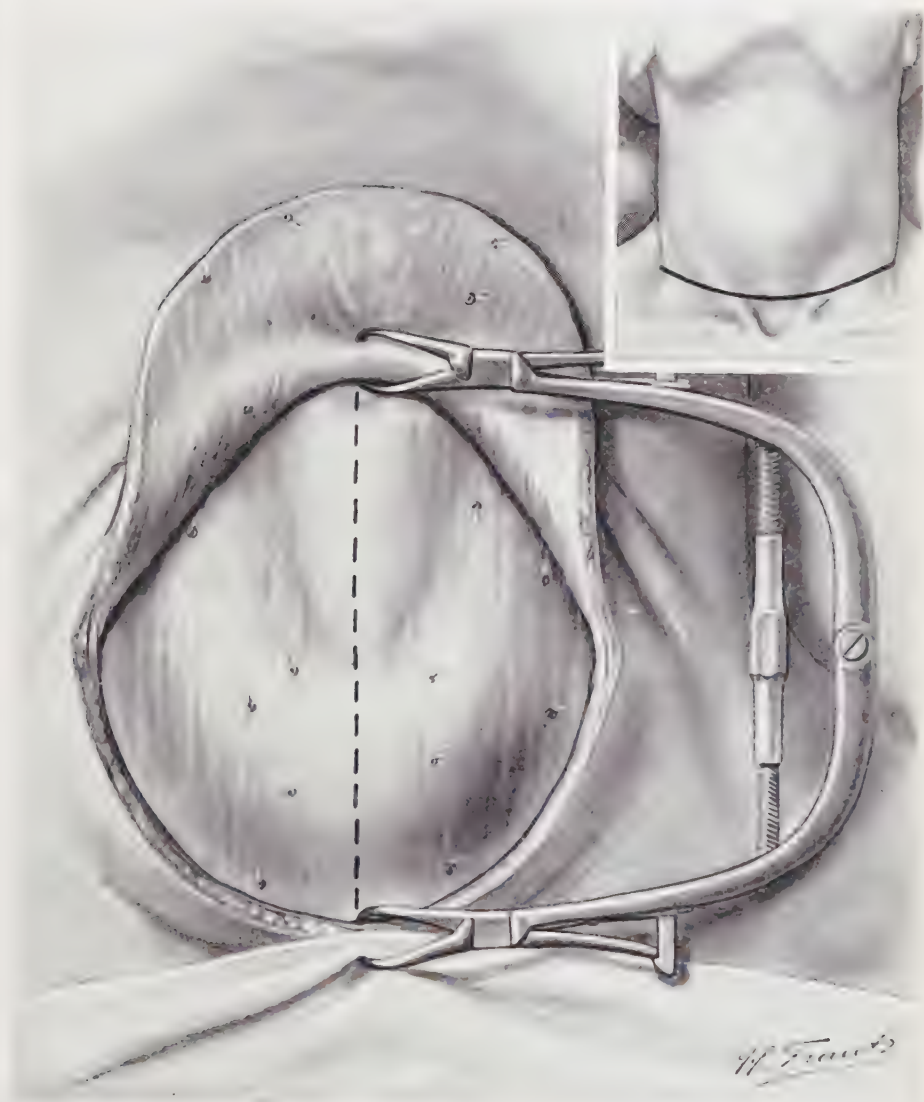
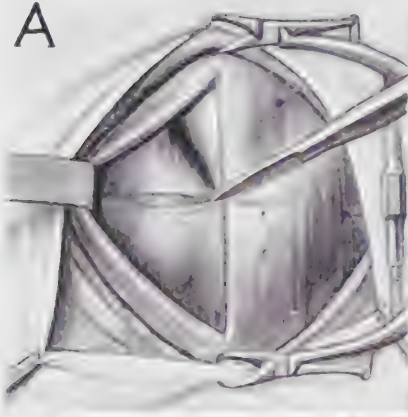


PLANCHE II

A



C



B

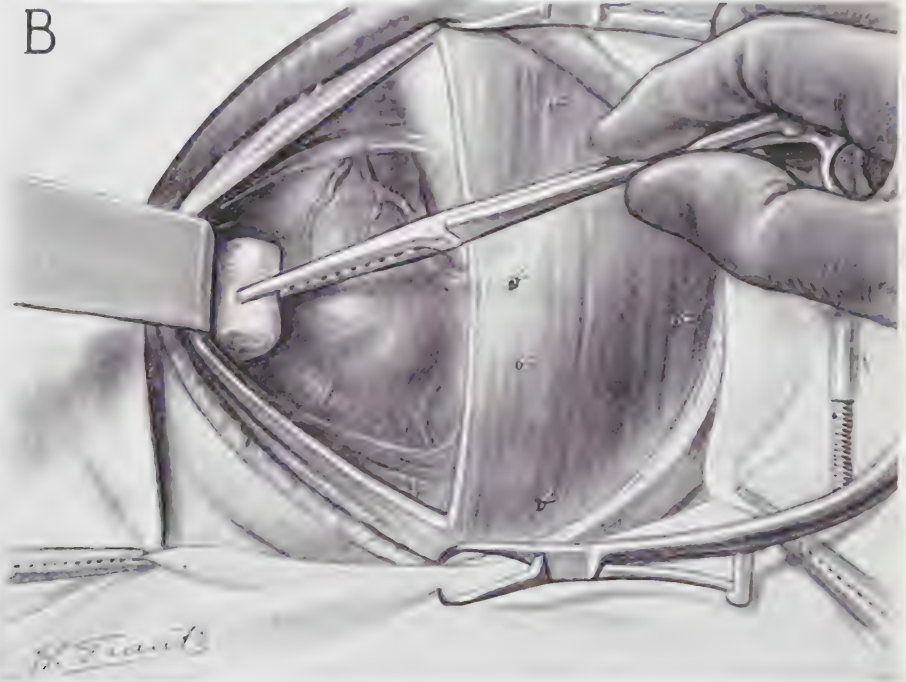


PLANCHE III

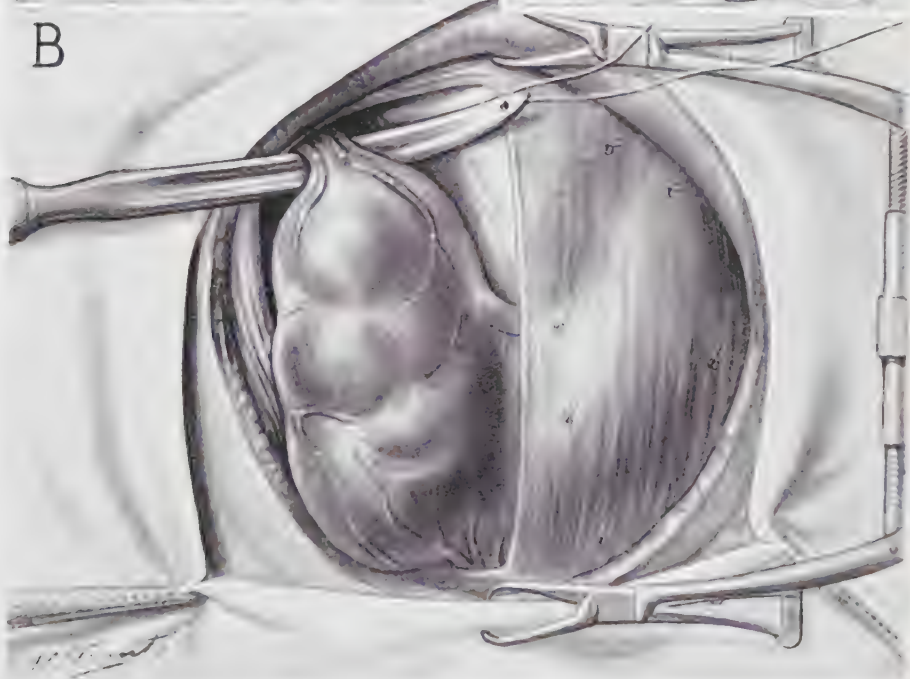
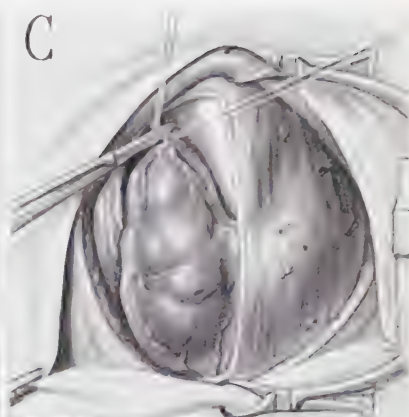
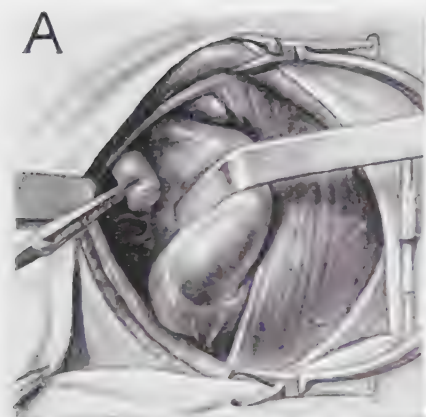


PLANCHE IV

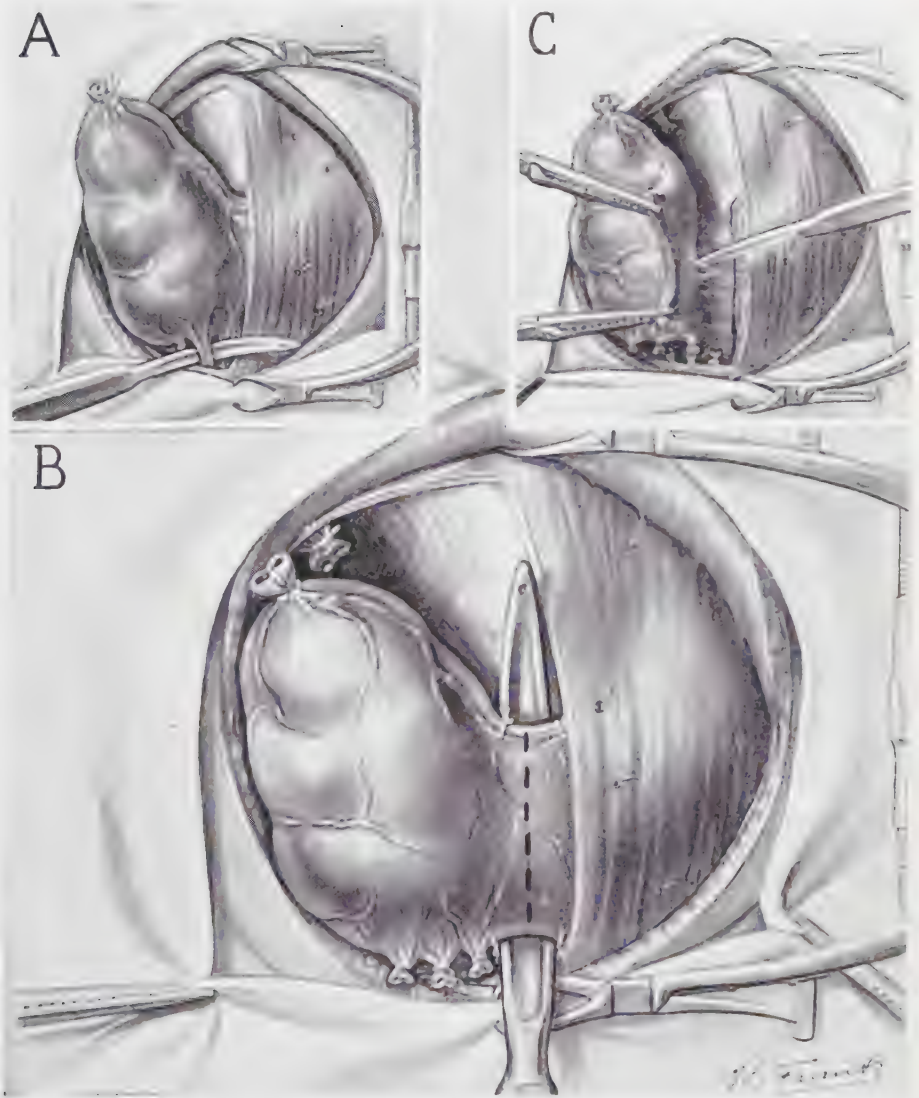
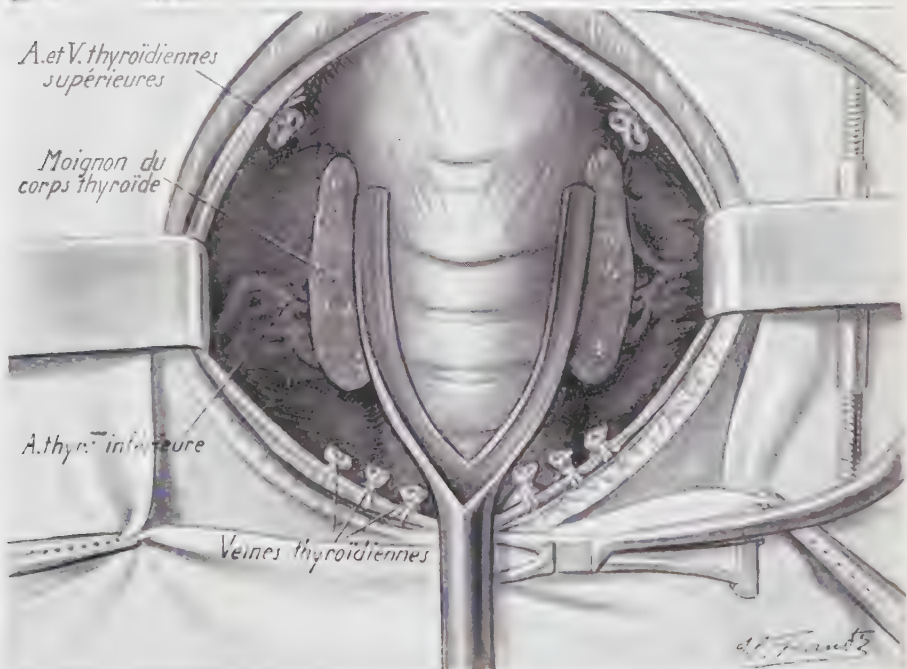
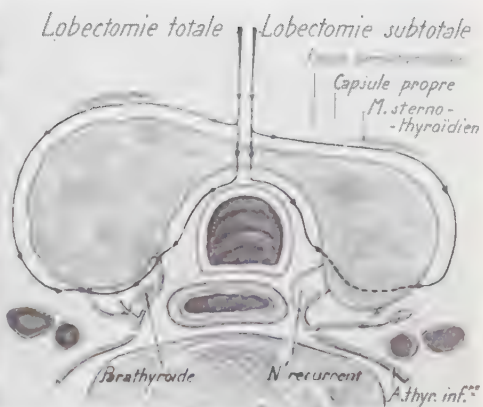
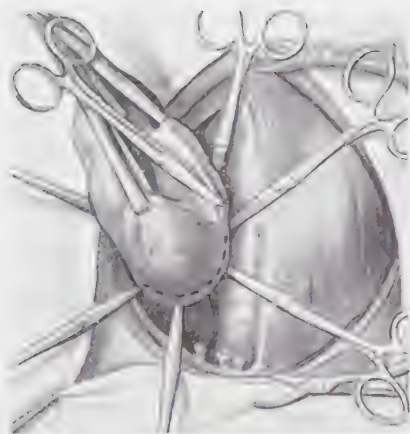


PLANCHE V



V. — LIBÉRATION ET LIGATURE DU RÔLE SUPÉRIEUR
(Pl. IV, B et C).

Le lobe se trouvant extériorisé et partiellement libéré, on isole la corne supérieure qui monte parfois très haut, soit à l'aide du tampon monté, soit au doigt. Puis on introduit le décolateur de bas en haut et de dehors en dedans en rasant la face latérale du cartilage thyroïde. On est ainsi certain d'avoir pris en masse tout le pédicule supérieur. On place une double ligature qui mord sur la corne supérieure du lobe, on sectionne entre la ligature et une pince qui servira de tracteur pour libérer la face interne de la corne de ses attaches cricoïdiennes.

Jusqu'ici, la libération est entièrement extra-capulaire.

Le récurrent caché sous le cartilage thyroïde ne court aucun risque.

Du côté gauche, on ne manquera pas de disséquer et de libérer complètement la pyramide de Lalouette.

VI. — LIBÉRATION DU BORD INFÉRIEUR (Pl. III, A).

Le lobe extériorisé, ne tenant plus que par sa face postérieure, est tiré en haut par une pince d'Ombredanne. Les plexus veineux, qui encerclent le pôle inférieur, se tendent et sont sectionnés entre deux ligatures. On accouche, alors, la partie inférieure du goitre sans aucune hémorragie. Ce temps de la technique est un des plus importants, il permet

d'achever l'extériorisation en démarrant le pôle inférieur des plans profonds.

VII. — ISTHMECTOMIE (Pl. III, B).

On introduit le décolateur de Joll de bas en haut entre la trachée et l'isthme ; des pinces de Kocher sont mises sur les communicantes et l'on sectionne l'isthme dans le canal du décolateur. A l'aide des pinces, l'opérateur tire doucement en dehors la section de l'isthme et sectionne au bistouri l'adhérence de l'isthme à la face antérieure de la trachée et au bord inférieur du cricoïde. Il est fréquent de couper à ce moment une ou deux veines inter-trachéo-glandulaires.

En même temps, il amorce la séparation de la face interne du lobe de ses connexions trachéales. Cette libération est poussée jusqu'au milieu de la face latérale de la trachée, mais ne découvre pas la gouttière trachéo-œsophagienne, dans laquelle monte le récurrent. Dès lors, le lobe ne tient plus au plan profond que par l'épanouissement de la thyroïdienne inférieure, c'est-à-dire sur une hauteur de 3 cm. environ. Cette zone doit dépasser en haut le bord inférieur du cricoïde, sous lequel s'engage le récurrent.

Et, complètement extériorisé maintenant, il va être possible de faire la résection à la demande des lésions et à ciel ouvert.

L'exérèse sera variable en quantité suivant l'aspect macroscopique des lésions : thyroïdectomie partielle ou lobectomie totale.

A. *Thyroïdectomie partielle.* — Le lobe extériorisé, on place quelques compresses, dans la profondeur pour l'isoler de sa loge.

Le plan de section est repéré par une couronne de pinces d'Halstead, qui assurent l'hémostase des veines sous-capsulaires.

Ces pinces devront être placées suivant des règles précises :

- en dedans, elles doivent être nettement en avant de la gouttière trachéo-œsophagienne ;
- en dehors, elles doivent être en avant des parathyroïdes, ou, lorsque celles-ci ne sont pas visibles, à l'union du quart postérieur et des trois quarts antérieurs de la face postéro-externe ;
- en haut, elles doivent dépasser nettement le bord inférieur du cricoïde.
- en bas, elles doivent être en avant des branches les plus inférieures de la thyroïdienne inférieure.

En avant de ces pinces, on incise alors la capsule, puis le tissu thyroïdien, suivant un angle dièdre ouvert en avant, afin de laisser très peu de tissu glandulaire.

L'opération devient donc intra-capsulaire et intra-glandulaire.

L'hémostase est faite progressivement au fur et à mesure de la section, en ayant soin de contrôler la voix du malade pour éviter la prise du récurrent dans

une ligature. Car, c'est à ce temps de l'intervention que le récurrent risque d'être lésé. On vérifie le moignon glandulaire plus ou moins évidé. Un ou deux points de catgut permettent la coaptation et assurent l'hémostase.

B. *Lobectomie totale.* — Si le lobe paraît complètement atteint par le processus pathologique, si, d'autre part, on suspecte cliniquement la malignité, nous pratiquons la lobectomie totale.

La technique en est identique, jusqu'au temps de la résection. Mais, à ce moment, au lieu de pratiquer la résection intra-glandulaire, on poursuit progressivement vers l'arrière la libération du lobe, à la fois de dehors en dedans et de dedans en dehors, pinçant et coupant progressivement chaque petit vaisseau, au ras de la capsule thyroïdienne, toujours sous le double contrôle de la vue et de la voix. Au fur et à mesure de ces sections vasculaires, le lobe se libère et s'exteriorise progressivement, et finit par quitter la gouttière trachéo-œsophagienne. En même temps, après chaque section vasculaire, on refoule en arrière, du bec des ciseaux fins, les débris capsulaires, ce qui protège et écarte les glandules parathyroïdes, qui siègent comme on sait en dehors de la capsule propre.

Cette exérèse au contact de la capsule demande une extrême douceur et une grande minutie, elle a lieu au voisinage d'organes très sensibles dont la contusion ou la blessure peuvent amener des désastres. Mais ce danger, réel pour les glandules, est

beaucoup moins considérable pour le nerf. Le récurrent en effet reste dans la profondeur solidaire de la gouttière trachéo-œsophagienne ; il n'est pas nécessaire de le découvrir, car ce nerf, étant extrêmement fragile, la moindre contusion peut donner lieu à une paralysie transitoire, mais qui n'en est pas moins gênante, et qui peut compliquer les suites opératoires.

Le parenchyme du lobe enlevé par lobectomie totale doit à sa partie postérieure être à nu, dépouillé de sa capsule propre ; celle-ci doit avoir été laissée en place dans toute l'étendue de la zone dangereuse classique. Elle remplace la lame postérieure de parenchyme laissée par la lobectomie subtotale, dans son rôle de protection vis-à-vis des parathyroïdes et du récurrent.

VIII. — RÉSECTION DU DEUXIÈME LOBE ET RÉPARATION.

Pour la résection du deuxième lobe, on utilise une technique identique, d'ailleurs grandement facilitée par l'ablation primitive du côté le plus malade.

L'intervention terminée, la loge débarrassée des caillots, il importe de vérifier une dernière fois l'hémostase, qui, lorsqu'elle n'est pas rigoureuse, peut être la source de graves complications.

On place un drain n° 20 dont l'extrémité est fendue en forme Y, chacune des branches drainant la loge correspondante. L'extrémité du drain sort par le milieu de l'incision. Il sera enlevé au bout de quarante-huit heures.

On suture le plan musculo-aponévrotique, puis quelques points sont placés sur le muscle peaucier. Des agrafes réunissent les lèvres de l'incision cutanée ; elles seront desserrées le deuxième jour et enlevées le quatrième.

Conclusions.

Les interventions chirurgicales sur les goîtres, telles qu'elles sont conduites actuellement, donnent le maximum de sécurité ; ce que montre les statistiques françaises, avec une mortalité globale de 1 à 2 %.

Mais les résultats éloignés sont loin d'être aussi satisfaisants ; l'étude de deux séries d'opérés nous a révélé un grand nombre de récives post-opératoires, 16 % dans l'une, 27 % dans l'autre.

Les énucléations et énucléations-résections, interventions aveugles, sanglantes, mal réglées, doivent faire place à la lobectomie subtotale uni ou bi-latérale. L'étendue de la résection y sera faite à la demande des lésions.

En présence de lésions diffuses unilatérales, la lobectomie devra être totale. En cas de lésions diffuses bilatérales (micropoly-adénomatose) on essayera de ménager dans l'un des deux moignons au moins la plus grande partie de tissu sain possible.

La thyroïdectomie totale s'adressera, en principe, aux lésions malignes ou suspectes de malignité, pour lesquelles elle constitue une intervention de nécessité.

Les thyroïdectomies larges mettent à l'abri des récidives, et par ailleurs n'occasionnent que de rares et légers troubles d'hypothyroïdie, cédant facilement à une opothérapie bien conduite. Ils ne se comparent en rien au myxœdème qui a sanctionné la douloureuse expérience de Kocher et de Reverdin.

Vu : le Président de la thèse,
CUNÉO.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

Observations anatomo-cliniques de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

OBS. 1. — Mme Col..., 18 ans, adénome colloïde. Hist. : goitre colloïde hyperplasique banal. Enucléation. Revue au bout de cinq ans, état parfait.

OBS. 2. — Mme Pré..., 42 ans, goitre nodulaire. Hist. : adénome colloïde végétant légèrement. Enucléation. Revue au bout de trois ans : état parfait.

OBS. 3. — M. Qua..., 30 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde assez végétant. Envahissement de la capsule par de petits acini néoformés, sécrétants ; aucune forme atypique. Enucléation. Revu au bout de deux ans, état parfait.

OBS. 4. — Mme Car..., 44 ans. Goitre kystique. Hist. : kyste colloïde. Lobectomie subtotale. Revue au bout de dix-huit mois, état parfait.

OBS. 5. — Mme Sch..., 44 ans. Basedow. Hist. : adénome thyroïdien polylobulaire, colloïde. Thyroïdectomie totale à gauche, subtotale à droite. Revue au bout de dix-huit mois, état parfait.

OBS. 6. — M. Gir..., 44 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome thyroïdien kystique avec envahissement de la capsule par de petits acini néoformés sécrétants typiques.

Lobectomie subtotala. Revu au bout de quinze mois, état parfait.

OBS. 7. — Mme Lab..., 51 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : adénome thyroïdien, dégénérescence du stroma, œdème, hyalinisation et fibrose de vastes plages glandulaires. Thyroïdectomie subtotala en un temps. Revue au bout de trois ans et demi, état parfait.

OBS. 8. — Mme Hum..., 33 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome avec hyalinisation et fibrose du stroma. Lobectomie subtotala. Revue au bout de quatre ans, état parfait.

OBS. 9. — Mme Beau..., 33 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome parenchymateux basedowien avec œdème et liquéfaction du stroma. Dans certaines régions, début de sclérose massive. Enucléation. Revue au bout de deux ans et demi, état parfait.

OBS. 10. — Mme Lev..., 21 ans. Goitre kystique. Hist. : adénome parenchymateux très dense avec dégénérescence du stroma et hémorragies intersticielles. Enucléation. Revue au bout de deux ans et demi, état parfait.

OBS. 11. — Mme Ler..., 57 ans. Adénome kystique. Hist. : adénome thyroïdien ; stroma œdématisé avec plages de hyalinisation et fibrose ; envahissement de la capsule par de petits acini néoformés, sécrétants, typiques. Enucléation. Revue au bout de deux ans, état parfait.

OBS. 12. — Mme Des..., 35 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome parenchymateux basedowien. Cloisons interlobulaires très épaissies par une fibrose importante. Gros follicules lymphoïdes intralobulaires. Enucléation. Revue au bout de quatre ans, état parfait.

OBS. 13. — Mme Bou..., 65 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde polylobulé. Petits follicules lymphoïdes bien délimités, répartis dans les lobes. Enucléation. Revue au bout de trois ans, état parfait.

OBS. 14. — Mme Lan..., 36 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : adénome thyroïdien de type basedowien polylobulé. Existence de follicules lymphoïdes inter et intra lobulaires. De plus certains lobes sont le siège d'une forte infiltration lymphoïde diffuse avec réaction inflammatoire de l'épithélium glandulaire. Thyroïdectomie subtotale il y a vingt ans. Revue au bout de deux ans, très bon état, mais myxœdème léger.

OBS. 15. — Mme Alp..., 36 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome végétant colloïde, avec plages d'œdème du stroma et d'hémorragies intersticielles. Nombreux follicules lymphoïdes de toutes tailles, mal délimités. Dans certaines régions, tendance à l'infiltration diffuse avec réaction inflammatoire de l'épithélium glandulaire Lobectomie subtotale. Revue au bout de dix-huit mois : état parfait.

OBS. 16. — Mme Ruf..., 36 ans. Adénome. Hist. : adénome thyroïdien végétant avec dégénérescence œdémateuse du stroma et envahissement par un infiltrat inflammatoire très dense. Forte réaction adénomateuse de l'épithélium glandulaire. Envahissement de la capsule par des acini néoformés et par l'infiltration lymphoïde. Enucléation. Revue au bout de deux ans, état parfait.

OBS. 17. — Mme Leb..., 23 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : adénome thyroïdien présentant en de très nombreux points un développement nettement papillaire, réalisant l'aspect de végétations intra-acineuses avec fréquemment, apparition d'un revêtement papillaire pluri-

stratifié. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de cinq ans, état parfait.

OBS. 18. — Mme Duv..., 44 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome thyroïdien colloïde avec en plusieurs points, formation de grandes végétations papillaires et images d'adénomes intra-acineux. Thyroïdectomie totale à droite, subtotale à gauche. Revue au bout de quatre ans : très bon état, persistance d'un peu de nervosité.

OBS. 19. — Mme Cha..., 54 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : adénome thyroïdien présentant plusieurs foyers de prolifération du type papillaire. Thyroïdectomie totale à gauche, subtotale à droite. Revue au bout de trois ans : état parfait.

OBS. 20. — Mme Pot..., 22 ans. Goitre kystique. Hist. : adénome colloïde présentant de très importantes végétations papillaires digitées. Enucléation. Revue au bout de trois ans : état parfait.

OBS. 21. — Mme Scho..., 20 ans. Goitre kystique, Hist. : adénome thyroïdien parenchymateux présentant une prolifération de type papillaire très importante. Existence de quelques nodules lymphoïdes. Enucléation. Revue au bout de deux ans et demi : très bon état. Développement dans les suites éloignées d'une ostéite tuberculeuse du tiers interne de la clavicule (résection osseuse : guérison).

OBS. 22. — Mme Gue..., 37 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde présentant une tendance générale à la prolifération du type papillaire. Nombreuses végétations intra-acineuses. Lobectomie subtotale. Revue au bout de deux ans : très bon état.

OBS. 23. — Mme Gel..., 40 ans. Goitre polykystique. Hist. : adénome colloïde avec début de prolifération

papillaire intra-folliculaire. Lobectomie. Revue au bout de quinze mois : très bon état, persistance de quelques extra-systoles.

OBS. 24. — M. Le Gue..., 37 ans. Goitre kystique. Hist. : adénome colloïde avec nodule d'adénome végétant très papilleux. Enucléation. Revu au bout de quinze mois. Etat parfait.

OBS. 25. — M. Dav..., 27 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde présentant de très nombreuses images de végétations à tendances papillaires. Lobectomie. Revu au bout de quinze mois : état parfait.

OBS. 26. — Mme Gir..., 41 ans. Goitre colloïde. Hist. : adénome colloïde présentant en plusieurs points une tendance très nette à la formation de végétations papillaires. Enucléation. Revue au bout de six ans.

Récidive sur le lobe opéré, à la partie basse du cou. De plus, goitre du lobe gauche préexistant à l'opération ; bon état, mais nervosité assez marqué.

OBS. 27. — Mme Bil..., 39 ans. Goitre kystique. Hist. : goitre kystique avec pénétration du kyste par de longues digitations villeuses. Nombreuses végétations adénomateuses intra-kystiques. Enucléation. Revue au bout de trois ans.

Récidives sur les deux lobes. Réintervention : thyroïdecomie subtotala à gauche, totale à droite. Hist. : adénome thyroïdien polymorphe, présentant une zone papillaire typique. Revue au bout de trois mois : état parfait.

OBS. 28. — Mme Dup..., 44 ans. Adénome, pas d'examen histologique. Enucléation. Revue au bout de vingt ans.

Récidive sur le lobe opéré : réintervention. Enucléation-réséction de 5 à 6 adénomes. Revue deux ans plus tard :

nouvelle récidence sur le lobe opposé (petit kyste) très bon état général.

OBS. 29. — Mme Lac..., 36 ans. Adénome du lobe gauche. Hist. : adénome colloïde avec œdème du stroma et tendance à proliférer par des franges papillaires intracineuses. Lobectomie subtotale gauche. Revue au bout d'un an.

Récidence sur le lobe droit : réintervention. Lobectomie subtotale droite et ablation d'un prolongement rétro-sternal plongeant. Hist. : nodules d'*épithélioma papillaire typique* avec franges de cellules cubiques pluri-stratifiées, séparées par des amas de tissu sclérosé. Revue trois mois plus tard : état local parfait mais peu d'amélioration des troubles fonctionnels.

OBS. 30. — Mme Fri..., 54 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome parenchymateux très végétant avec nombreux noyaux monstrueux de caractère atypique ; vastes plages de sclérose avec persistance de nombreux boyaux épithéliaux partiellement nécrosés mais proliférants avec nombreuses cellules atypiques. Enucléation. Revue au bout de douze ans, état parfait.

OBS. 31. — Mme Le Pa..., 33 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome thyroïdien végétant, caractérisé par la richesse en noyaux monstrueux. Nombreuses plages de dégénérescence et de hyalinisation du stroma. Enucléation. Revue au bout de quatre ans, état parfait.

OBS. 32. — Mme Gir..., 37 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome caractérisé par la dégénérescence totale du stroma ; les cellules thyroïdiennes tendent à se disperser dans ce milieu semi-liquide. Elles prolifèrent alors pour donner des formations assez atypiques, tant par la forme que par la structure, réalisant dans certaines zones l'as-

pect d'un épithélioma colloïde. Enucléation. Revue au bout de cinq ans, état parfait.

OBS. 33. — Mme Stu..., 19 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome thyroïdien colloïde avec zones de prolifération papillaire intra-acineuse très développées. A côté, vastes plages de fibrose avec sclérose nécrotique des follicules qui y sont contenus. Enucléation. Revue au bout de quatre ans, état parfait.

OBS. 34. — Mme Mam..., 44 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome papillaire à cellules prismatiques, très végétant ; dégénérescence du stroma avec hyalinisation. La coque du goitre se présente avec la structure de l'adénome fœtal. Enucléation. Revue au bout de trois ans, état parfait.

OBS. 35. — Mme Sch..., 50 ans. Goitre kystique. Hist. : adénome colloïde multi-lobulé très végétant. Dans certains lobes apparition des végétations papillaires ; d'autres lobes sont frappés par une sclérose d'ensemble. De loin en loin quelques noyaux géants atypiques. Enucléation. Revue au bout de deux ans, état parfait.

OBS. 36. — Mme Chas..., 33 ans. Adénome toxique, Hist. : adénome thyroïdien avec dégénérescence du stroma ; existence d'une plage de nécrose hyaline autour de laquelle on observe la prolifération de boyaux épithéliaux atypiques du type à cellules claires ; nombreux noyaux atypiques. Enucléations successives. Revue au bout de deux ans, état parfait.

OBS. 37. — Mme Lah..., 40 ans. Adénome toxique : Hist. : adénome multilobulé avec épaississement considérable des cloisons interlobulaires. Plages de sclérose dans les lobes. Le parenchyme glandulaire est du type prismatique avec nombreuses cellules atypiques ; il se développe

au départ de nombreux nodules d'adénome de type fœtal. Enucléation. Revue au bout de deux ans, état parfait.

Obs. 38. — M. Poi..., 23 ans. Goitre colloïde. Hist. : adénome thyroïdien parenchymateux à l'origine, mais où les divers follicules ont fini par essaimer dans un stroma œdémateux et liquéfié. Tendance très végétante de l'épithélium thyroïdien ; fréquemment les parois des follicules sont bordées de plusieurs couches de cellules. Enfin, dans certaines régions apparaissent des végétations papillaires caractéristiques du processus prolifératif. Dans les régions non encore touchées par l'œdème, l'adénome apparaît dérivant d'une formation de type fœtal. Enucléation. Revu au bout de deux ans, état parfait.

Obs. 39. — Mme Que..., 38 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde à tendance kystique. Dégénérescence totale du stroma et tendance à la prolifération papillaire de l'épithélium. Dans certaines régions existence de nodules de sclérose autour desquels apparaissent des régions caractérisées par la prolifération tout à fait anarchique de l'épithélium avec nombreuses cellules atypiques. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de quinze mois, état parfait.

Obs. 40. — M. Gai..., 62 ans. Kyste thyroïdien. Hist. : goitre presque entièrement scléreux. Cependant, il persiste encore quelques îlots glandulaires remarquables par leur caractère atypique (monstruosités nucléaires, etc...).

Noter de plus que ces îlots sont entourés de nodules lymphoïdes dont la seule persistance dans les masses fibreuses, signale la présence d'un nodule glandulaire sclérosé. Enucléation. Revu au bout de dix-huit mois, état parfait.

Obs. 41. — Mme Fou... 26, ans. Adénome toxique. Hist. :

adénome colloïde caractérisé par l'abondance des formations cellulaires atypiques. On observe de plus de nombreuses plages de nécrose par sclérose de vastes territoires glandulaires. Lobectomie subtotale. Revue au bout de quinze mois, état parfait.

OBS. 42 — Mme Dum..., 30 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : adénome colloïde présentant de très nombreuses cellules nettement atypiques réalisant dans certains endroits des plages parenchymateuses très suspectes. Ailleurs, les follicules sont au contraire, dissociés par l'œdème du stroma. Ailleurs, plages de fibrose. Thyroïdectomie subtotale en deux temps, à six ans d'intervalle. Revue au bout de seize mois, bon état général, mais signes de myxœdème léger et rhumatisme déformant accentué.

OBS. 43 — Mme Fau..., 47 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome végétant, œdème du stroma dissociant les acini néoformés. A la périphérie cependant, formation d'un tissu assez parenchymateux avec cellules nettement atypiques. Au centre, hyalinisation et nécrose. Lobectomie subtotale. Mort au bout de quarante-huit heures, par crise d'hyperthyroïdie aiguë.

OBS. 44 — Mme Cim..., 48 ans. Adénome. Hist. : adénome thyroïdien très végétant, polymorphe ; nodules d'adénome parenchymateux différenciés probablement au départ d'un adénome fœtal. D'autre part, on observe un tissu adénomateux diffus, infiltré de sclérose importante et dans lequel on observe des boyaux épithéliaux formés d'éléments assez atypiques. Lobectomie subtotale. Décédée un an après d'infection intercurrente (syndrome abdominal aigu).

OBS. 45 — Mme Lab..., 19 ans. Goitre isthmique. Hist. : adénome très végétant, stroma très émacié ; la végétation affecte généralement le type papillaire avec revêtement

fréquemment pluristratifié. Il existe cependant un petit nodule d'adénome proliférant de type pseudo-trabéculaire avec des cellules assez atypiques. Enucléation. Revue au bout de quinze mois, très bon état.

OBS. 46 — Mme Ber..., 30 ans. Goitre colloïde. Hist. : adénome thyroïdien avec dégénérescence du stroma et sclérose. La majeure partie de la coupe est occupée par des zones d'involution scléreuse. Dans les zones non encore atteintes par le processus involutif, on note la prolifération active des acini thyroïdiens au départ de nodules d'adénome fœtal, avec nombreuses atypies nucléaires. Enucléation. Revue au bout de cinq ans, *récidive sur le lobe opéré*, noyau d'apparence kystique du volume d'une prune. Pas d'examen histologique. Excellent état général, n'a pas engraisé.

OBS. 47. — Mme Aab..., 46 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome colloïde avec stroma œdématisé dissociant les acini glandulaires ; nombreuses plages d'hyalinisation et de sclérose. Noter la tendance proliférante des formations épithéliales. Les acini sont bordés de plusieurs couches de cellules dont les noyaux sont fréquemment irréguliers. Dans les zones sclérosées il persiste encore quelques boyaux végétants, ce qui confère à ces régions l'aspect squirrheux. Enucléation. Revue au bout de dix ans.

Récidive sous forme d'un petit noyau de la grosseur d'une cerise dans le lobe opposé. Très bon état général, mais persistance de quelques signes toxiques.

OBS. 48. — M. Lah..., 35 ans. Adénome. Enucléation (pas d'examen histologique). *Récidives multiples* : 2 énucléations successives en province, puis, à Paris. Thyroïdectomie totale à gauche, subtotala à droite, pour *récidives bilaté-*

rales. Hist. : adénome thyroïdien très polymorphe, polylobulé. Existence de zones de goitre scléro-kystiques avec végétations papillaires intra-kystiques. D'autre part, on observe des lobes d'adénome colloïde formés à partir du développement d'adénome parenchymateux de type fœtal. Dans les zones d'adénome parenchymateux, on observe fréquemment des images de monstruosité nucléaires.

Revu au bout de deux ans : bon état général, actuellement soigné pour Mal de Pott dorsal.

OBS. 49. — Mme Gar..., 49 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome végétant caractérisé par l'abondance des cellules présentant des noyaux atypiques. Les processus de sclérose sont également très actifs et aboutissent à la disparition par nécrose de territoires glandulaires. Lobectomie subtotale. Revue au bout de dix-huit mois.

Récidive sur le lobe restant, bon état général, mais réapparition de quelque signes toxiques.

OBS. 50. — Mme Eeis..., 45 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien typique, prolifération active constamment typique au point de vue architectural, mais atypique dans le désordre qui règne dans l'ordonnance des cellules de revêtement des follicules et par la fréquence des images de monstruosité nucléaires. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de trois ans : état parfait, présence d'un ganglion sus-claviculaire droit du volume d'une noisette en dehors du sterno.

OBS. 51 — Mme Gou..., 47 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome parenchymateux de type basedowien caractérisé par une prolifération très active à tendance papillaire. Quelques hémorragies intersticielles. Nombreuses cellules à noyaux monstrueux, tendance à la formation de revêtements folliculaires pluristratifiés. Enucléation. Revue au bout de sept ans, état parfait.

OBS. 52. — Mme Gud..., 43 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien typique caractérisé par l'intensité de son activité proliférative avec formation de massifs cellulaires pleins. Nombreuses cellules à noyaux monstrueux. Lobectomie subtotale. Revue au bout de cinq ans, état parfait.

OBS. 53. — Mme Lac..., 51 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien typique. Intense activité prolifératrice de type acineux, avec apparition de nombreuses images de monstruosités nucléaires. Envahissement progressif des parois interlobaires par des fusées de tissu glandulaire néoformé. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de cinq ans, état parfait.

OBS. 54. — M. Cou..., 37 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien typique, caractérisé par sa prolifération de caractère cytologiquement anarchique. Il est difficile de trouver une cellule normale dans le champ du microscope. Les atypies nucléaires les plus variées sont la règle. Thyroïdectomie subtotale en deux temps, à dix-huit mois d'intervalle. Revu au bout de dix-huit mois, état parfait.

OBS. 55. — Mme Saint-M..., 33 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien très végétant d'un caractère nettement suspect par la dégénérescence cellulaire. Seule la conservation des cloisons conjonctives interfolliculaires empêche d'en faire un épithélioma vrai. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de deux ans, peu d'amélioration fonctionnelle.

OBS. 56. — Mme Gir..., 42 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome basedowien végétant. Nombreuses images de monstruosités nucléaires. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de quinze mois, état parfait. A

présenté dans les suites éloignées une adénopathie suppurée inflammatoire du creux sus-claviculaire droit.

OBS. 57. — Mme Dej..., 43 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien parenchymateux typique, quelques zones de sclérose atrophique. Nombreuses cellules à noyaux géants. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de quinze mois, très bon état, mais persistance de quelques troubles cardiaques.

OBS. 58. — Mme And..., 53 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien typique proliférant avec formation de végétations de type papillaire. Quelques noyaux géants. Thyroïdectomie subtotale en deux temps. Revue au bout de deux ans.

Récidive sous forme d'un nodule au niveau de la corne supérieure droite, persistance de troubles d'hyperthyroïdisme mais moins marqués.

OBS. 59. — Mme Dou..., 41 ans. Adénome toxique. Hist. : adénome basedowien typique caractérisé par l'abondance des monstruosité nucléaires (noyaux géants, fissurés.) Enucléation, revue au bout de trois ans.

Récidive sur le lobe opéré. Réintervention. Thyroïdectomie subtotale en deux temps. Hist. : adénome colloïde à cellules atypiques ; les caractères basedowiens ont disparu. Revue au bout de dix-huit mois, très bon état général, encore quelques troubles toxiques légers.

OBS. 60. — Mme Fen..., 45 ans. Basedow clinique. Hist. : adénome basedowien avec végétations papillaires, quelques images de noyaux atypiques. Thyroïdectomie en deux temps, subtotale à droite, totale à gauche. Revue au bout de deux ans.

Récidive sur le côté droit (opéré subtotalement), masse

d'une petite mandarine, dure, bosselée, fixée, d'allure néoplasique. Quelques signes d'hyperthyroïdie.

OBS. 61. — Mme Seil..., 31 ans. Adénome. Hist. : épithélioma acineux très végétant. Pièce formée d'une zone centrale envahie par la sclérose et proliférant par la périphérie sous une forme vésiculo-trabéculaire, donnant des follicules qui s'ouvrent à mesure que l'on se rapproche de la zone de sclérose centrale. Toutes les cellules sont extrêmement atypiques. Lobectomie subtotale. Revue au bout de dix-huit mois, état parfait.

OBS. 62. — Mme Gli..., 45 ans. Basedow clinique. Hist. : épithélioma acineux typique. Architecture générale normale, mais disparition des séparations conjonctives et anarchie totale dans le revêtement épithélial. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de seize mois, état parfait, mais persistance complète de l'exophtalmie.

OBS. 63. — Mme Ned..., 38 ans. Adénome. Hist. : épithélioma parenchymateux massif développé aux dépens d'un adénome de type foetal dégénéré. Les acini néoformés restent en général fermé. Quelques-uns seulement s'ouvrent et secrètent même de la colloïde. La prolifération se fait d'une manière diffuse. Quelques images d'atypie cellulaire (nucléaire). Lobectomie subtotale. Revue au bout de quinze mois, état parfait.

OBS. 64. — Mme Ant..., 39 ans. Adénome toxique. Hist. : épithélioma acineux, parenchymateux, formé au départ de nodules d'adénome de type foetal dégénéré. Toutes les cellules sont atypiques mais conservent une forme généralement prismatique. Revue au bout de trois ans.

Récidive sur le lobe restant avec réapparition de troubles

d'hyperthyroïdie. Réintervention, lobectomie totale. Hist. : aspect identique à celui de la première pièce opératoire. Sortie en bon état.

OBS. 65. — Mme Pli..., 49 ans. Basedow clinique. Hist. : épithélioma acineux, parenchymateux, formé au départ d'un nodule d'adénome de type fœtal dégénéré. Toutes les cellules sont atypiques mais conservent une forme prismatique donnant à l'ensemble de la pièce un aspect pseudo-basedowien. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de deux ans.

Récidive bilatérale sous forme de deux noyaux ronds très durs et très fixés. Réintervention : ablation des deux noyaux totale pour l'un, presque totale pour l'autre. Hist. : la récidive montre un aspect plus polymorphe. On y retrouve le nodule primitif d'adénome fœtal dégénéré les cellules épithéliomateuses prismatiques ; mais on y trouve aussi des follicules néoformés de type cubique ou même endothéliforme et enfin, un nodule évoluant vers l'épithélioma trabéculaire ; de plus, des zones de sclérose atrophique. Sortie en bon état. Hyperthyroïdisme en régression.

OBS. 66. — Mme Bes..., 29 ans. Adénome. Pas d'examen histologique. Enucléation-résection. Revue au bout de sept ans.

Récidive bilatérale polylobulée et très volumineuse. Thyroïdectomie totale en deux temps. Hist. : épithélioma polymorphe développé au départ d'un adénome de type fœtal. Dans certaines régions, aspect d'épithélioma à très petits acini atypiques. Dans d'autres, formation d'épithélioma papillaire typique. Enfin, certaines régions sont le siège d'importants phénomènes de sclérose nécrotique. Revue au bout de trois mois, état parfait.

OBS. 67. — Mme Pog..., 52 ans. Adénome toxique. Hist. :

goitre constitué de lobes épithéliomateux papillaires assez atypiques assez isolés des uns des autres par une sclérose très prononcée. Dans les îlots épithéliaux on note une activité prolifératrice considérable. Nombreuses images de monstruosité nucléaires. Lobectomie subtotale. Revue au bout de cinq ans, état parfait, mais présence de chaque côté du cou d'un ganglion du volume d'une cerise, sans caractère de malignité. Il est à signaler que cette malade avait été traitée en 1929 pour cancer du col de l'utérus (radium).

Obs. 68. — Mme Che..., 34 ans. Adénome. Hist. : épithélioma papillaire extrêmement végétant. Nombreuses franges cubiques ou endothéliiformes pluristratifiées. Stroma œdémateux en partie hyalinisé. Certaines régions se caractérisent par un foisonnement cellulaire atypique considérable. Enucléation. Revue au bout de deux ans, état parfait.

Obs. 69. — Mme Bir..., 24 ans. Goitre parenchymateux diffus. Hist. : épithélioma végétant papillaire, alvéolaire. L'aspect général de la glande est absolument anarchique, formée d'alvéoles de grande taille, remplies de végétations en franges papillaires à cellules cylindriques. Toutes les cellules présentent des noyaux monstrueux.

Thyroidectomie subtotale en un temps. Revue au bout de deux ans, état parfait.

Obs. 70. — M. Bou..., 49 ans. Adénome. Hist. : épithélioma papillaire typique à franges tapissées de cellules cubiques, celles-ci sont serrées et pluristratifiées. Nombreuses pycnoses. Nombreuses régions d'entassement des franges, d'aspect nettement atypique. Enucléation. Revu au bout de deux ans, état parfait.

Obs. 71. — Mme Vau..., 55 ans. Adénome du lobe gauche.

Hist. : épithélioma papillaire avec formation de grandes vésicules bourrées de colloïde, envahies par de longues digitations rameuses à revêtement fréquemment pluristratifié. Stroma œdématié en partie hyalinisé. Lobectomie subtotale gauche. Revue au bout de deux ans.

Récidive sur le lobe opposé. Réintervention. Enucléation : pas d'examen histologique. Revue au bout de quatre ans.

Deuxième récidive sur le lobe droit, masse bilobée et dure du volume d'un œuf, assez fixe avec compression trachéale légère. Refuse l'intervention.

OBS. 72. — Mme Kal..., 37 ans. Basedow clinique. Hist. : goitre plurilobulé, constitué par des amas d'épithélioma papillaire, certains sont de type à franges prismatiques, d'autres du type colloïde et pseudo-endothéliale ? Noter la fréquence des pycnoses. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de cinq ans.

Récidive du côté droit sous la forme d'un petit noyau dur de la grosseur d'une cerise, très bon état mais petits signes d'hyperthyroïdie.

OBS. 73. — Mme Mar..., 27 ans. Basedow clinique. Hist. : épithélioma papillaire à franges prismatiques très serrées, développé sur un adénome basedowien. Nombreuses images de pycnoses et monstruosité nucléaires. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de trois ans.

Récidive sur le lobe gauche. Bon état général, petits signes d'hyperthyroïdie.

OBS. 74. — M. Tof..., 42 ans. Adénome. Hist. : épithélioma trabéculaire typique; perte totale de la structure thyroïdienne, formation de grosses alvéoles isolées dans un stroma fibreux. Dans d'autres régions on observe des nappes trabéculaires diffuses. Lobectomie subtotale. Revu au bout de quinze mois, état parfait.

OBS. 75. — Mme Tru..., 22 ans. Adénome toxique. Thyroïdectomie subtotale en un temps. Revue au bout de deux ans.

Récidive sur le lobe gauche. Réintervention : ablation presque totale. Hist. : épithélioma trabéculaire, formé au départ de la dégénérescence trabéculaire d'un adénome de type foetal. Pas de tendance à la constitution de vésicules. Revue au bout de deux ans.

Récidive du côté droit. Réintervention : ablation presque totale. Hist. : noyaux trabéculaires avec à côté épithélioma acineux typique et quelques images d'épithélioma papillaire. En somme, aspect polymorphe. Revue au bout de deux ans.

Récidive troisième sur le lobe droit avec réapparition de signes toxiques.

OBS. 76. — M. Lev..., 41 ans. Adénome. Enucléation. Hist. : épithélioma atypique à cellules indépendantes, formé semble-t-il au départ d'un épithélioma trabéculaire. Revu au bout de quelques mois.

Récidive bilatérale à marche rapide. Mort cinq mois après l'intervention.

OBS. 77. — Mme Bid..., 53 ans. Adénome. Hist. : épithélioma atypique, formé de masses épithéliomateuses parenchymateuses, ayant pour point de départ un épithélioma acineux. Aspect squirrheux. Enucléation. Revue au bout de deux ans.

Récidive (pas d'examen histologique).

Réintervention (pas de détail). Morte quelques mois après d'un « cancer de la gorge ».

OBS. 78. — Mme Gel..., 56 ans. Cancer du lobe droit extra-capsulaire. Hist. : épithélioma atypique du type squirrhe, constitué par des nodules épithéliomateux isolés

par du tissu scléreux. La structure de ces nodules est très polymorphe. Certains sont constitués par un parenchyme indifférencié. D'autres contiennent des cellules fusiformes d'aspect sarcomateux. Ablation incomplète avec ligature de la carotide primitive. Puis application de Ra. Revue au bout de quinze mois.

Récidive sous forme d'un gros noyau dur sous angulo-maxillaire avec blindage de toute la moitié droite du cou. Mort un mois après.

Observations du D^r Bergeret de 1923 à 1935.

OBS. 79. — Mme F..., 27 ans. Goitre exophtalmique. Opérée le 8 décembre 1923, à l'Hôtel-Dieu : ablation par énucléation. Revue en octobre 1937, état général parfait, aucune récive.

OBS. 80. — Mme Cab..., 43 ans. Opérée le 7 août 1923 à l'Hôtel-Dieu. Goitre nodulaire, énucléation. Revue en décembre 1937. Corps thyroïde augmenté de volume, sans qu'on puisse parler de récive. Très bon état général.

OBS. 81. — Mme Woi..., opérée le 9 février 1924 à l'Hôtel-Dieu. Enucléation d'un noyau, gros comme une noix verte. Diagnostic histologique : adénome thyroïdien présentant par endroit une apparence épithéliale méta et atypique. Revue en octobre 1937, aucune récive, bon état général, avec quelques troubles nerveux.

OBS. 82. — M. Pou..., 43 ans. Opéré le 8 mars 1924 à l'Hôtel-Dieu. Enucléation. Examen histologique : adénome thyroïdien métatypique, sans tendance végétante marquée. Revu en janvier 1938, sans récive, état général parfait.

OBS. 83. — M. Her..., 46 ans. Opéré le 15 mars 1924 à l'Hôtel-Dieu. Enucléation d'un noyau kystique du lobe droit. Revu en juin 1937 : état local parfait.

Obs. 84. — Mme Mil..., 57 ans. Opérée le 17 juillet 1924 à l'Hôtel-Dieu. Enucléation du lobe droit. Examen hist. : adénome thyroïdien typique.

Récidive en novembre 1927, réintervention : goitre diffus du lobe gauche. Lobectomie subtotale. Revue en mars 1937, a engraissée de 10 kg. Il persiste quelques bouffées de chaleur ; le métabolisme basal est à + 31 %.

Obs. 85. — Mme Bou..., 45 ans. Opérée le 8 avril 1925 à l'Hôtel-Dieu. Goitre kystique du lobe gauche. Enucléation. Revue en mai 1937, état général parfait.

Obs. 86. — Mme Gau..., 38 ans. Opérée le 6 mai 1925 à l'Hôtel-Dieu. Goitre nodulaire. Enucléation d'une série de noyaux dans le lobe gauche. Revue en octobre 1937, *récidive* de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche.

Obs. 87. — Mme Com..., 51 ans. Opérée le 20 mai 1925 à l'Hôtel-Dieu. Goitre kystique du lobe gauche. Enucléation-réséction d'un kyste. Revue en mai 1937, aucune *récidive*, état parfait.

Obs. 88. — Mlle Maï..., 23 ans. Opérée le 18 mars 1925 à l'Hôtel-Dieu. Goitre kystique du lobe gauche. Enucléation. Revue en juin 1937, *récidive* à gauche, noyau de la grosseur d'une noix apparu il y a dix-huit mois et accompagné de palpitations.

Obs. 89. — Mlle Lag... 31 ans. Opérée le 13 mars 1926 à l'Hôtel-Dieu. Goitre nodulaire du lobe gauche. Enucléation. Revue en 1937, aucune *récidive*.

Obs. 90. — M. Kre..., 16 ans. Opéré le 23 juin 1926 à l'Hôtel-Dieu. Goitre diffus. Ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures. Revu en mars 1937, bon état général. Corps thyroïde légèrement augmenté de volume.

OBS. 91. — Mme Ven..., 40 ans. Opérée le 27 octobre 1926 à l'Hôtel-Dieu. Maladie de Basedow, ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures. Revue en décembre 1937, bon état général, pas de récurrence.

OBS. 92. — Mme Mil..., 32 ans. Opérée le 27 mai 1927. Noyau polykystiques du lobe droit. Enucléation. Revue en juillet 1937. Bon état général, pas de récurrence.

OBS. 93 — Mme Nag..., 29 ans. Opérée le 25 mai 1927 à l'Hôtel-Dieu. Goitre parenchymateux du lobe droit, énucléation-résection. Revue en janvier 1938, bon état général, mais *récurrence* de la grosseur d'une noix au niveau du lobe gauche.

OBS. 94. — Mme Car... Opérée le 31 mai 1927. Goitre parenchymateux du lobe droit : énucléation. Revue en février 1937, très bon état général, pas de récurrence.

OBS. 95. — Mme Sch..., 33 ans. Opérée le 26 septembre 1927 à l'Hôtel-Dieu. Goitre parenchymateux diffus : thyroïdectomie subtotale. Revue en janvier 1938, aucune récurrence, bon état général.

OBS. 96. — Mme Ber..., 37 ans. Opérée le 8 novembre 1927. Goitre parenchymateux du lobe droit, énucléation. Revue en juin 1937. Excellent état : les troubles des règles ont disparu depuis l'intervention, pas de trace de récurrence.

OBS. 97. — Mme Kuh..., 25 ans. Opérée le 5 mai 1928 à l'Hôtel-Dieu. Goitre parenchymateux du lobe droit. Lobectomie subtotale. Revue le 28 juillet 1937, état général parfait, aucune récurrence.

OBS. 98. — Mme Pap..., 28 ans. Opérée le 17 février 1928. Goitre parenchymateux du lobe droit. Enucléation. Revue

en juin 1937, bon état. léger amaigrissement, aucune récurrence.

OBS. 99. — Mme Bou..., 36 ans. Opérée le 22 février 1928 à l'Hôtel-Dieu. Goitre parenchymateux diffus du lobe droit. Lobectomie subtotale. Revue en décembre 1937, bon état général, le lobe gauche du corps thyroïde paraît légèrement augmenté de volume, sans qu'on puisse parler de récurrence.

OBS. 100. — Mme Mas..., 46 ans. Opérée le 19 juillet 1929 à l'Hôtel-Dieu : maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale. Revue en juin 1937, bon état général, aucune récurrence.

OBS. 101. — Mme Huo..., 49 ans. Opérée le 28 août 1929 à l'Hôtel-Dieu. Goitre plongeant dans le thorax, thyroïdectomie subtotale. Revue en 1937 en excellent état.

OBS. 102. — Mme Bib... Opérée le 8 janvier 1930. Kyste hématique du lobe gauche : lobectomie subtotale. Revue en 1937, troubles nerveux assez marqués, pas de trace de récurrence.

OBS. 103. — Mlle Tro..., 24 ans. Opérée le 26 juillet 1930 à l'Hôtel-Dieu, maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale. *Récurrence* noyau gros comme une petite noix au niveau de l'isthme du corps thyroïde. Ablation le 13 décembre 1933 à Beaujon.

OBS. 104. — Mme Lap..., 29 ans. Opérée le 28 avril 1930. Goitre parenchymateux du lobe droit, lobectomie subtotale. Revue en novembre 1937, bon état général, pas de récurrence.

OBS. 105. — Mlle Car..., 25 ans. Opérée le 13 mai 1930 à

l'Hôtel-Dieu, adénome toxique à droite. Lobectomie subtotale. Revue en novembre 1937, bon état général.

OBS. 106. — Mlle Més..., 21 ans. Opérée le 4 janvier 1931. Goitre polykystique bilatéral. Thyroïdectomie subtotale. Revue en juin 1937, bon état général.

OBS. 107. — Mme Sém..., 29 ans. Opérée le 14 novembre 1931. Maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale. Réopérée en Suisse en 1938, pour troubles fonctionnels persistants, coïncidant avec l'apparition d'un noyau au niveau de l'isthme. Actuellement, état général bon.

OBS. 108. — Mlle Toh..., 29 ans. Opérée le 9 mars 1931. Goitre diffus parenchymateux, lobectomie subtotale droite. Revue en juin 1937. Bon état général, amaigrissement léger, pas de récurrence.

OBS. 109. — Mme Cam..., 42 ans. Opérée le 12 novembre 1931. Goitre parenchymateux avec noyau disséminés dans les deux lobes. Enucléation. Revue en février 1928. Bon état général, pas de récurrence.

OBS. 110. — Mme Gir..., 49 ans. Opérée le 23 avril 1932. Goitre parenchymateux du lobe gauche. Lobectomie subtotale. Revue en juin 1937, bon état général, pas de récurrence.

OBS. 111. — Mlle Che..., 25 ans. Opérée le 25 mai 1932. Volumineux goitre parenchymateux du lobe gauche, lobectomie subtotale. Revue en octobre 1937, a repris 3 kgr., conserve un peu de tachycardie, état local parfait.

OBS. 112. — Mme Fla..., 51 ans. Opérée le 6 juin 1932. Maladie de Basedow. Ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures et de l'artère thyroïdienne supérieure droite. Revue en juillet 1937, a engraisé de 14 kgr. mais

présente encore de la tachycardie émotionnelle, du tremblement, de l'exophtalmie. Le corps thyroïde reste augmenté de volume.

OBS. 113. — Mme Com..., 46 ans. Opérée le 23 janvier 1933. Maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale. Revue en juin 1937. Très bon état général, pas de récédive.

OBS. 114. — M. Bul..., 47 ans. Opéré le 26 avril 1933 à Beaujon. Maladie de Basedow, thyroïdectomie subtotale. Revu en novembre 1937, bon état général, aucune récédive.

OBS. 115. — M. Pol..., 43 ans. Opéré le 26 octobre 1933 à Beaujon. Goitre parenchymateux du lobe droit. Lobectomie subtotale. Revu en décembre 1937, bon état général, pas de récédive.

OBS. 116. — Mlle Mem..., 20 ans. Opérée le 6 décembre 1933 à Beaujon. Maladie de Basedow. Thyroïdectomie subtotale. Revue en décembre 1937, tachycardie à 134, amaigrissement de 14 kgr., *volumineuse récédive au niveau du lobe droit*, qui apparaît globuleux, irrégulier. On perçoit d'autre part un gros noyau au niveau de l'isthme.

OBS. 117. — Mme Fau..., 36 ans. Opérée le 13 janvier 1934. Goitre exophtalmique avec lobe plongeant dans le thorax. Ligature des deux thyroïdiennes supérieures et de la thyroïdienne inférieure droite. Il n'existe pas de thyroïdienne inférieure gauche à la hauteur du tubercule de Chassaignac. Deuxième intervention le 26 août 1934. Thyroïdectomie subtotale, on perçoit deux noyaux aberrants, l'un situé en arrière du corps thyroïde, l'autre gros comme une petite orange, située dans le médiastin, sur le flanc droit de la trachée et de l'œsophage. Ablation. Revue en

juin 1937, a engraisé de 10 kgr., poulx à 60, équilibre nerveux parfait, pas de récidence.

OBS. 118. — Mme Ber..., 54 ans. Opérée le 24 février 1934, kyste gros comme une orange du lobe gauche. Enucleation. Revu en juin 1937, état général parfait, pas de récidence.

OBS. 119. — Mlle d'He..., 25 ans. Opérée le 20 mars 1934, goitre exophtalmique. Ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures et ligature de la polaire supérieure droite. Deuxième intervention en mai 1934 : thyroïdectomie subtotale. Revue en mai 1934, a engraisé de 14 kgr., excellent état général, pas de récidence.

OBS. 120. — Mme Fri..., 40 ans. Opérée le 5 février 1935 à Necker. Goitre polykystique basedowifié : thyroïdectomie subtotale. Revue en janvier 1937, a grossi de 10 kgr., excellent état général.

OBS. 121. — M. Ric..., 47 ans. Opéré le 26 mars 1935 à Necker. Goitre kystique du lobe gauche, lobectomie subtotale. Ce malade avait déjà été opéré par le Dr Alglave, il y a quelques années, qui avait pratiqué une lobectomie subtotale droite.

OBS. 122. — M. Man..., 34 ans. Opéré le 14 mai 1935 à Necker. Maladie de Basedow, thyroïdectomie subtotale. Revu en octobre 1937 en excellent état.

OBS. 123. — Mme Man..., 58 ans. Opérée le 12 juillet 1935 à Necker. Goitre parenchymateux bilatéral, thyroïdectomie subtotale. Revue en janvier 1937 en excellent état.

OBS. 124. — M. Mic..., 40 ans. Opéré le 18 octobre à

Necker. Maladie de Basedow, thyroïdectomie subtotale. Revu en février 1937 sans récurrence.

OBS. 125. — M. Del..., 58 ans. Opéré le 2 novembre 1935 à Necker. Goitre nodulaire. Enucleation d'un noyau parenchymateux du lobe gauche, lobectomie subtotale à droite. Revu en mars 1938. Il existe une récurrence à gauche de la grosseur d'une noix verte.

OBS. 126. — Mme Del..., 54 ans. Opérée le 27 novembre 1935. Goitre parenchymateux du lobe gauche, plongeant dans l'orifice supérieur du thorax. Lobectomie totale. Examen hist. : cysto-adénome thyroïdien, avec thyroïdite chronique sans aucun signe de malignité. Revue en juin 1937, bon état général sans récurrence.

BIBLIOGRAPHIE

BARRAYA. — Thèse Paris, 1936.

BAZY et BLONDIN. — A propos de la technique et des indications de la thyroïdectomie dans les affections non cancéreuses du corps thyroïde. *Mém. Acad. Chir.*, tome 64, n° 6, p. 251.

BÉRARD et DUNET. — Cancer du corps thyroïde. Paris, 1924.

— Affection du corps thyroïde in Le Dentu et Delbel.

BÉRARD. — A propos de la chirurgie des goîtres. *Mém. Acad. Chir.*, tome 64, n° 7, p. 305.

— La chirurgie dans le traitement de la maladie de Basedow et le goitre toxique. *Mém. Acad. Chir.*, tome 64, n° 11, p. 492.

BLOCH (J. C.). SAINTON et ZAGDOUN. — Quelques réflexions sur la technique de la thyroïdectomie. *Mém. Acad. Chir.*, tome 63, n° 28, p. 1132.

CRELL (G.). — Clinical analysis of 20.000 of on the thyroid. *Med. A. North. Amer.*, 1930, tome 5, p. 192.

CREBEBAND CRELE (Fr.). — Prévention et traitement du goitre endémique et de ses complications. *The Med. Chir. of N. Am.*, vol. 19, mai 1936, p. 1715.

DUESMORE and CREBE. — Thyroid problems and results of operation. *S. Chir. North. Amer.*, août 1935, n° 15, p. 859.

DUESMORE and YANT. — Clinical problems associated with

- malignancy. *Med. Clin. North. Am.*, 1936, vol. 19, p. 1755.
- DUNHILL. — Carcinoma of the thyroïd gland. *Brit. Journ. Surg.*, vol. 19, juin 1931, p. 83.
- Conférence Internationale du goitre, 1933, Berne.
- ENDERLEN et HITZLER. — Beihage für Klin. Chir., 1922, tome 127, p. 256.
- FRAZIER and JOHNSON. — Résultats de la chirurgie thyroïdienne. *Ann. of Surg.*, mai 1935, n° 101, p. 1195.
- GIORDANENGO et POHL. — Les réactions opératoires du goitre non basedowien. *Bruxelles Médical*, n° 18, 28 février 1937, p. 650.
- GRAHAM (A.). — Tumeurs épithéliales malignes de la thyroïde. *Surg. gyn. and obil.*, 1934, tome 2, p. 78.
- Tumeurs malignes de la thyroïde. *Am. of Surg.*, n° 1, janvier 1925.
- GRINDA et RIVOIRE. — Thyroïdectomies pour goitres toxiques. *Mém. Acad. Chir.*, tome 64, n° 4, p. 160.
- HABERMEL. — Relation of foetal adenoma so malignancy, *Am. Journ. Surg.*, juillet 1934, n° 25, p. 97.
- HERBERT. — Thèse Paris, 1935.
- HERTZLEE. — Late results of total thyroïdectomy. *Weil. J. Surg.*, oct. 1935, n° 42, p. 542.
- HUGUENIN. — Le cancer du corps thyroïde. *Jour. Med. français*, tome 22, mars 1933.
- JOLL. — Diseases of the thyroïd gland with special reference te thyrotoxicosis. Saint-Louis, C. B. Hosley Co, 1932.
- JUST (Emil). — La question des récidives du goitre. *Arch. für Klin. Chir.*, 1925, tome 135, p. 160.
- KOCHER. — Deutsch. Zeitschrift f. chir., 1907, p. 197, tome 91.

- LANGHANS. — Wirchow's Arch. f. path. Anat. u. physiol., 1907, tome 189, p. 69.
- Wirchow's Arch. f. path. Anat. u. physiol., 1911, tome 206, p. 419.
- PEMBERTON. — Malignant diseases of the thyroïd gland. A clinical consideration. *Ann. of Surg.*, vol. 87, p. 369, mars 1928.
- PEMBERTON and DIXON. — Summary and End. Results of treatment of Malignancy of the thyroïd gland. *S. G. O.* vol. 58, p. 462, 1934.
- PETIT-DUTAILLIS. — A propos de la thyroïdectomie. *Mém. Aca. Chir.*, tome 63, n° 35, p. 1420.
- DE QUERVAIN. — Sur le diagnostic et la thérapeutique du goitre malin. Ligue nationale Suisse contre le Cancer. Berne. nov. 1934, tome 1, n° 4, p. 273.
- La chirurgie du goitre malin. *Bruxelles Médical*, sept. 1933.
- Conférence Internationale du goitre. Berne, 1933.
- RIVE. — Résultats des opérations sur la thyroïde. *Arch. of Surg.*, déc. 1934, tome 29, p. 1047.
- SAINTON. — Goitre exophtalmique et dégénérescence néoplasique. *Semaine des Hôp. de Paris*, 1930, p. 421.
- SCHREIMER et MURPHY. — Tumeurs malignes de la glande thyroïde. *Ann. of surg.*, vol. 99, n° 1, janvier 1934, p. 116.
- SIMPSON. — Three cases of thyroïde metastasis to bones, with a discussion as to the existence of the so-called *Bennig metastasizing goiter*, *S. G. O.* vol. 42, p. 489, avril 1926.
- STAERMAN — Contribution à l'étude au traitement chirurgical du goitre simple et de ses récidives. Thèse Paris, 1936.
- URBAN. — Résultats éloignés de 7.500 opérations pour

goitre. *Wiener mediz. Wochen.*, S. n° 8 et 9, p. 201-230.

WEGELIN. — Cancer. *Revue*, 1928, tome 3, juin, p. 297.

WELTI et HUGUENIN. — Le diagnostic « pré-opératoire ». *Soc. ch.*, 1935, p. 1378.

WELTI. — Discussion. Comm. Berard. *Mém. Ac. chir.*, tome 64, n° 11.

WILSON. — Adénomes. *Journ. Lancet*, août 1936, n° 56, p. 456.

— Malignat tumors of the thyroïd. *Ann. of Surg.*, vol. 74, p. 129.

